

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1927.

THÈSE

N°

387

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

BERNARD JEAN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

INTERNE DE L'HÔPITAL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

NÉ A ROUEN, LE 4 JUIN 1900

---

# L'OBSTÉTRICIE

en 1925

REVUE ANALYTIQUE DES PRINCIPAUX TRAVAUX  
FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

---

*Président : M. COUVELAIRE, Professeur.*

---

MASSON & C<sup>IE</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, VI<sup>e</sup>

1927





# I. — PROFESSEURS

|                                                     | MM.           |                                                                    | MM.          |
|-----------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|
| Anatomie. . . . .                                   | NICOLAS.      | Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . | H. CLAUDE.   |
| Anatomie médico-chirurgicale. . . . .               | CUNÉO.        | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .           | JEANSELME.   |
| Physiologie. . . . .                                | ROGER.        | Clinique des maladies du système nerveux. . . .                    | GUILLAIN.    |
| Physique médicale. . . .                            | STROHL.       | Clinique des maladies infectieuses. . . . .                        | TEISSIER.    |
| Chimie organique et chimie générale. . . . .        | DESGREZ.      |                                                                    | DELBET.      |
| Bactériologie. . . . .                              | LEMIERRE.     | Clinique chirurgicale. . . . .                                     | HARTMANN.    |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale. . . . | BRUMPT.       |                                                                    | LEJARS.      |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .      | Marcel LABBÉ. | Clinique ophtalmologique                                           | GOSSET.      |
| Pathologie médicale. . . .                          | SICARD.       | Clinique urologique. . . .                                         | TERRIEN.     |
| Pathologie chirurgicale. . .                        | LECENE.       | Clinique d'accouchements. . . . .                                  | LEGUEU.      |
| Anatomie pathologique. . .                          | ROUSSY.       |                                                                    | COUVELAIRE.  |
| Histologie. . . . .                                 | PRENANT.      | Clinique gynécologique. . .                                        | BRINDEAU.    |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .          | TIFFENEAU.    | Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . .                 | JEANNIN.     |
| Thérapeutique. . . . .                              | CARNOT.       | Clinique thérapeutique médicale. . . . .                           | J.-L. FAURE. |
| Hygiène. . . . .                                    | Léon BERNARD. | Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .                         | OMBRÉDANNE.  |
| Médecine légale. . . . .                            | BALTHAZARD.   | Clinique thérapeutique chirurgicale. . . . .                       | VAQUEZ.      |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . .   | MÉNÉTRIER.    | Clinique propédeutique. . .                                        | SEBILEAU.    |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .       | RATHERY.      | Professeur sans chaire. . .                                        | DUVAL.       |
|                                                     | N. . .        | Professeur sans chaire. . .                                        | SERGENT.     |
| Clinique médicale. . . . .                          | BEZANCON.     |                                                                    | ROUVIÈRE.    |
|                                                     | ACHARD.       |                                                                    | BRANCA.      |
|                                                     | WIDAL.        |                                                                    |              |
| Hygiène et clinique de la première enfance. . . . . | MARFAN.       |                                                                    |              |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .          | NOBÉCOURT.    |                                                                    |              |

# II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

|               |                |               |
|---------------|----------------|---------------|
| MM. ABRAMI.   | MM. DONZELOT.  | MM. LIAN.     |
| AUBERTIN.     | DUVOIR.        | MATHIEU.      |
| BASSET.       | ECALLE.        | METZGER.      |
| BAUDOUIN.     | FIESSINGER.    | MONDOR.       |
| BINET.        | GARNIER.       | MOURE.        |
| BLANCHETIÈRE. | GATELLIER.     | MULON.        |
| BROCQ.        | HARVIER.       | PHILIBERT.    |
| BRULÉ.        | HEITZ-BOYER.   | QUÉNU.        |
| CADENAT.      | HOVELACQUE.    | RICHET Fils.  |
| CHABROL.      | HUTINEL.       | SÉZARY.       |
| CHAMPY.       | JOYEUX.        | VALLERY-RADOT |
| CHIRAY.       | LABBÉ (Henri). | (Pasteur).    |
| CLERC.        | LARDENNOIS.    | VAUDESCAL.    |
| DEBRE.        | LEMAITRE.      | VELTER.       |
| I. de JONG.   | LEVY-SOLAL.    | VERNE.        |
| DOGNON.       | LHERMITTE.     |               |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1927.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

**BERNARD JEAN**

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

INTERNE DE L'HÔPITAL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

NÉ A ROUEN, LE 4 JUIN 1900

---

# L'OBSTÉTRICIE

en 1925

REVUE ANALYTIQUE DES PRINCIPAUX TRAVAUX  
FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

---

*Président : M. COUVELAIRE, Professeur.*

---

MASSON & C<sup>IE</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, VI<sup>e</sup>

1927

A MA FEMME

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JACQUES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale

à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*En reconnaissance du grand honneur  
qu'il nous a fait en acceptant la prési-  
dence de cette thèse.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. VIGNES

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Membre de la Société de Biologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

*En remerciement des conseils qu'il a  
bien voulu nous donner.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

- M. LE DOCTEUR NÉE (1919),  
M. LE PROFESSEUR DEVÉ (1919-1920),  
M. LE PROFESSEUR CERNÉ (1920-1921).

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS  
(*Stage*)

- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHEVASSU,  
M. LE DOCTEUR JOSUÉ (In memoriam),  
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL.

(*Externat*)

- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE (1922-1923),  
M. LE DOCTEUR KLIPPEL (1923),  
M. LE DOCTEUR CLOVIS VINCENT (1924),  
M. LE DOCTEUR BABONNEIX (1924-1925).

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE  
(*Internat*)

- M. LE DOCTEUR FRANÇOIS DAINVILLE (1925),  
M. LE DOCTEUR RAYMOND FRANÇAIS (1926),  
M. LE DOCTEUR MARCEL SÉNÉCHAL (1926),  
M. LE DOCTEUR JEAN MICHAUX (1927).

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

---

Pour les périodiques rencontrés le plus souvent dans nos indications bibliographiques, nous avons employé les abréviations suivantes :

*A. J. O. G.* = *American Journal of obstetrics and gynecology*.

*G. O.* = *Gynécologie et Obstétrique* (PARIS).

*J. A. M. A.* = *Journal of the American medical Association*.

*Bul. S. O. G.* = *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* (Société de PARIS et filiales).

*Z. f. G.* = *Zentrallblatt für Gynäkologie* (LEIPZIG).

---



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

# *PREMIÈRE PARTIE*

## GESTATION NORMALE

### *Chapitre I.*

#### ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

##### *I. — PHYSIOLOGIE DU PLACENTA*

DEL VIVO a étudié le déterminisme des anomalies morphologiques placentaires. Leur genèse est fonction de l'implantation de l'œuf fécondé dans la cavité utérine. Habituellement l'ovule ne prend contact qu'avec un seul point de la muqueuse et c'est de ce point que la prolifération déciduale s'avance pour l'entourer : le placenta est alors unique et discoïde. Si l'ovule vient en contact avec deux points, de ces deux points s'élèvent les proliférations déciduales, le placenta est alors bilobé. Si les points touchés par l'ovule sont plus nombreux, les anomalies les plus diverses peuvent être observées. Ces nidations multiples ne peuvent guère se produire que dans les endroits où les faces de la cavité sont assez rapprochées : angles, bords, segment inférieur, ou au contact de malformations, de tumeurs, de cicatrices.

VIGNES et DEJUST, après injection de novarsénobenzol à des femmes enceintes, ont dosé l'arsenic dans le placenta. Ils ont, ainsi, pu constater que la partie surtout fœtale du placenta contenait plus d'arsenic que la partie surtout maternelle, c'est-à-dire que le revêtement villositaire a un pouvoir de fixation pour l'arsenic comme il en a pour le polonéum (LACASSAGNE) et pour le manganèse (VIGNES).

WEHEFRITZ a étudié la composition chimique du placenta : 1° les

acides aminés constitutifs de la molécule albuminoïde se modifient avec l'âge de la gestation et, en particulier, l'arginine va en décroissant ; 2° le phosphore total et le phosphore lipoidique vont, au contraire, en augmentant.

MOREL et DUBOST ont fait des recherches comparatives du sang de la mère et du sang du cordon ; elles confirment celles de MOREL et MOVRIQUAND faites en 1913. Il y a un parallélisme dans les variations constatées d'un sujet à l'autre, aussi bien pour la teneur en colloïdes protéiques que pour la teneur en cristalloïdes azotés.

### BIBLIOGRAPHIE.

ADAIR et THELANDER. Étude du poids et dimensions du placenta par rapport au poids du nouveau-né. (*A. J. O. G.* — Août 1925.) — CHAPPAZ. Étude cryoscopique sur le mécanisme de la traversée placentaire. (*Th. Paris*, 1925.) — HIRCHFELD et ZBOROWSKI. Perméabilité élective du placenta en rapport avec le groupe sanguin de la mère et du fœtus. (*Soc. Polonaise Biol.*, 11 mars 1925.) — KRAUL et BODNAR. Biologie du placenta. (*Wien. klin. Wochen.*, 26 nov. 1925, p. 1282.) — MOREL et DUBOST. Étude comparative du sang de la mère et du sang du cordon. (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 15 déc. 1925.) — ODEN. Études expérimentales sur la nature des extraits placentaires. (*Michigan state med. Soc. J.*, fév. 1925, p. 110.) — OETTINGEN. Échanges de substances salines au niveau du placenta. (*Z. f. G.*, 18 juillet 1925, p. 1614.) — RAGUSA. Limite protectrice de la gélatine de Wharton et de la gaine amniotique sur les vaisseaux du cordon. (*Riv. Ital. gin.*, janv. 1925.) — SCHICKELÉ. Le rôle qui revient au placenta dans l'organisme maternel. (*G. O.*, n° 1, 1925.) — SCHMITT. Régulation de l'échange gazeux du fœtus. (*Deut. med. Wochen.*, 1925, p. 189.) — TAMANT-WILSON et CRAIG-SULLIVAN. Placenta accreta. (*Colorado med. Den.*, avril 1925.) — VIGNES et DEJUST. Répartition de l'arsenic dans le placenta après injection de novarsénobenzol. (*Soc. Biol.*, 4 juillet 1925.) — DEL VIVO. Sur la genèse des anomalies de formes du placenta humain. (*Rass. Ost. gin.*, 31 août 1925.) — WEHEFRITZ. 1° Contenu en calcium du placenta. (*Arch. gyn. Berlin*, 12 déc. 1925, p. 106.) — 2° Modification chimique avec l'âge dans le placenta humain. (*Arch. gyn. Berlin*, 3 juin 1925.)

## II. — FOIE ET GESTATION

La recherche de la bilirubinémie qui peut être utile pour étudier les fonctions hépatiques et l'érythrolyse au cours de la gestation a été reprise par PUCCIONI, sur 65 femmes enceintes normales et pathologiques. Cet auteur a constaté un certain degré de bilirubinémie gra-

vidique. Dose moyenne : 0,90 unité VAN DEN BERG (1) pendant les cinq premiers mois (2) ; 0,85 du sixième au huitième mois, 1,30 à l'approche du terme et 1,60 pendant le travail (3). Après l'accouchement, la bilirubinémie diminue et disparaît vers le 7<sup>e</sup> jour (2).

Cette bilirubinémie serait due, dans les cas moyens, à une augmentation de l'hémolyse qui, à son tour, déterminerait une production excessive de bile et une stagnation de cette bile dans les voies biliaires ; en présence de grosses quantités de bilirubine, il faudrait penser à une lésion de la cellule hépatique.

RUHNSTRUCK attribue à la réaction de HAY la même importance au point de vue hépatique que celle de l'albumine au point de vue rénal. En examinant l'urine des femmes en état de gestation, il a trouvé la réaction positive dans 80 pour 100 des cas. Après l'accouchement, elle devient négative. Il existerait, chez les femmes enceintes, une altération de la cellule hépatique que révèle la présence des sels biliaires dans les urines. Après l'accouchement, le foie récupérerait son fonctionnement normal.

SCHILLER et ORNSTEIN ont étudié l'urobilinurie chez la femme au cours de la gestation. Au début, l'urobilinurie est normale ; dans la seconde moitié de la gestation elle augmente. Ils rappellent que pour SIELBER, l'urobiline n'est pas forcément un signe de dysfonctionnement hépatique mais seulement un signe de stase hépatique.

#### BIBLIOGRAPHIE.

EUFINGER. Indican et bilirubine dans le sang des femmes en état de gestation. (*Z. f. G.*, 1<sup>er</sup> août 1925, p. 1716.) — HERRMANN et KORNFELD. Question de la bilirubinémie au cours de la gestation. (*Z. f. G.*, 3 oct. 1925, p. 22.) — PUCCIONI. 1<sup>o</sup> Recherches sur la bilirubinémie pendant la gestation normale et pathologique. (*Riv. Ital. gin.*, mars 1925.) — 2<sup>o</sup> La bilirubinémie au cours de la gestation. (*Rass. ost. gin.*, août

(1) La méthode de Bernheim pourrait être utilisée à cause de sa technique plus simple (*Icterus-Index, J. A. M. A.*, 26 janv. 1924, p. 291).

(2) HERRMANN et KORNFELD (la bilirubinémie dans la gestation physiologique. *Wien. Klin. Woch.*, 20 nov. 1924, p. 1215) trouvent également le taux le plus élevé au cours des premiers mois.

(3) SCHLUNS (recherche des pigments biliaires dans le sang des femmes en état de gestation et de parturition. *Z. f. G.*, 21 août 1926) trouve aussi les taux les plus forts du premier au troisième mois, puis du huitième au neuvième mois : le taux le moins élevé correspondrait à la période du quatrième au septième mois.

1925.) — RUHNSTRUCK. Observation sur la valeur diagnostique de la réaction de Hay chez les femmes enceintes. (*Z. f. G.*, 1925.) — SCHILLER et ORNSTEIN. Urobilinogénurie au cours de la gestation normale et ectopique. (*Z. f. G.*, déc. 1925.)

### III. — REINS ET GESTATION

L'épreuve de la glycosurie alimentaire ne semble pas avoir un grand intérêt pour le diagnostic de la gestation, car, d'après HÖST, elle existe aussi bien chez des femmes non enceintes. HÖST étudie, ensuite, le rapport entre la glycémie et le niveau du seuil rénal. Au début de la gestation, le seuil est normal et la glycémie est quelquefois élevée ; à cette époque la glycosurie serait donc due à l'hyperglycémie et non à une perméabilité rénale exagérée. Au contraire, à la fin de la gestation, la glycémie est peu élevée, mais le seuil est abaissé : la glycosurie est fréquente à ce stade et on peut l'admettre d'origine rénale.

J.-T. WILLIAMS a recherché la fréquence de la glycosurie et, sur 500 femmes arrive au pourcentage de 13,6. La glycosurie est surtout fréquente chez les primipares et surtout accentuée chez les femmes âgées. C'est principalement un phénomène de la deuxième moitié de la gestation. L'auteur a trouvé du glucose et non du lactose (Les données classiques de PORCHER appellent donc *peut-être une revision*). WILLIAMS attribue la glycosurie gravidique à la suractivité hypophysaire.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- CHOCHLOFF. Fonctions rénales pendant la gestation. (*Z. f. G.*, 23 mai 1925, p. 1139).  
 — CROOK. La glycosurie pendant la gestation. (*Proc. Roy. soc. med.*, mars 1925.)  
 — HÖST. Tolérance des hydrates de carbone pendant la gestation. (*Lancet*, 16 mai 1925.) — J. T. WILLIAMS. Quelques observations de la glycosurie de la gestation. (*Boston med. surg. J.*, 22 janv. 1925.)

### IV. — THYROÏDE, SURRÉNALES, HYPOPHYSE

DALY a étudié le fonctionnement thyroïdien au cours de la gestation. Une gestation même normale peut produire un surmenage qui est bien voisin d'un état pathologique. Par exemple, une femme sportive qui exécute brillamment tel ou tel sport violent ne peut plus

le faire pendant la gestation sans risquer l'insuffisance du myocarde.

La thyroïde fonctionne, sûrement, de façon active au cours de la gestation. Si la thyroïde n'a pas la quantité d'iode qui lui est nécessaire, elle réagit par l'hypertrophie : tel est le mécanisme général qui intervient sans doute dans le cas particulier de la gestation. L'administration d'iode a fait merveille dans certains nervosismes gravidiques que le bromure n'améliorait pas. DALY et STROUSE en rapportent dix-sept cas (sept primipares et dix pluripares).

Dans des cas de BASEDOW typiques, préexistant à la gestation, au nombre de huit, il y eut seulement amélioration et non guérison ; les accidents débutèrent plus tôt (deuxième mois, au lieu du deuxième trimestre).

VIGNES a étudié le fonctionnement des parathyroïdes au cours de la gestation, et leur rôle pour le métabolisme gravidique du calcium. Il discute leur influence sur la tétanie et, éventuellement, sur l'éclampsie.

NEURATH rapporte le cas d'une femme ayant eu déjà deux enfants en bonne santé et ayant été ensuite opérée d'une thyroïdectomie partielle pour goître. Dix mois après naquit un enfant avec un goître, il était en état d'asphyxie et mourut.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- BLOTEVOGEL. Adrénaline et gestation. (*N. W. deutsche ges. gyn.* Hambourg, 17 nov. 1925.) — DALY et STROUSE. La glande thyroïde pendant la gestation. (*J. A. M. A.*, 13 juin 1925, p. 1798.) — FAVREAU. Recherche de l'adrénaline dans les urines pendant la gestation. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 377.) — FRIEDRICH BRAUN. La sensibilité de la femme en état de gestation à l'adrénaline. (*Z. f. G.*, 12 sept. 1925, p. 2112.) — NEURATH. Relations endocriniennes entre la mère et l'enfant. (*Wien. klin. Wochen.*, 5 nov. 1925.) — VIGNES. 1° Thyroïde, surrénale, hypophyse pendant la gestation. (*Gaz. méd. Centre*, 15 avril 1925.) — 2° La fonction pancréatique pendant la gestation. (*Picardie méd.*, avril 1925.) — 3° Les glandes parathyroïdes et la gestation. (*J. de méd. Paris*, 18 avril 1925.) — WATRIN. La phase folliculaire influence-t-elle l'hypertrophie gravidique des capsules surrénales ? (*C. R. Soc. Biol.*, 1925.)

#### V. — MÉTABOLISME ET NUTRITION

L'opinion tend à se répandre dans les milieux médicaux que la gestation s'oppose à l'anaphylaxie : empêchant le déchaînement du

choc chez les sujets sensibilisés, entraînant leur « désensibilisation », elle réaliserait une sorte d'état réfractaire. Cette opinion repose sur le fait, qu'en clinique, on voit assez souvent demeurer suspendues, pendant la gestation, les manifestations de maladies dites anaphylactiques ; elle tire un puissant argument d'expériences faites sur le cobaye par LUMIÈRE et par J. DURAN-REYNAIS, d'où il ressort que la femelle gravide, sensibilisée, est réfractaire au choc.

Des expériences de SIMONIN et FERNIER résulte la conclusion que la gestation ne rend point la lapine réfractaire au choc anaphylactique : elle ne semble modifier ni les caractères, ni l'intensité de celui-ci. Le choc, par contre, peut troubler la gestation.

L'état de gravidité permet-il la sensibilisation de l'animal neuf ? Tel est le second aspect du problème des rapports de l'anaphylaxie et de la gestation dans cette espèce. Pour les auteurs, la gestation n'empêche pas la sensibilisation.

Ces données ne sont pas d'accord avec les conclusions des recherches de MOREIRA qui confirme la théorie de la résistance au choc anaphylactique.

ALAMANNI a dosé la créatininurie ; elle existe mais reste faible pendant toute la gestation. Elle augmente au moment de l'accouchement et il existe un certain rapport entre le taux de la créatinine et l'effort musculaire accompli pendant le travail.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- ALAMANNI. — La créatininurie puerpérale. (*Riv. Italiana gin.*, avril 1925.) — FERNIER. Contribution à l'étude de l'anaphylaxie dans ses rapports avec le gestation. (*Th. Nancy*, 1925.) — KLAFTEN et STECHER. Le métabolisme pendant la gestation. (*Arch. f. gin.*, 14 octobre 1925.) — DA MOREIRA. Choc anaphylactique pour le sérum de cheval chez des cobayes pendant la puerpéralité. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925.) — NAKAI. Le suc gastrique des femmes enceintes. (*J. Biochemistry*, Tokio, octobre 1925.) — REVOLTELLA. Recherches systématiques sur les échanges azotés de la femme normale, enceinte et au cours du puerperium. (*Clin. ostet.*, 1925, p. 339.) — P. SIMONIN et FERNIER. 1° Du choc anaphylactique chez la lapine gestante. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925.) — 2° Sensibilisation anaphylactique et gestation chez la lapine. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925.) — WEYMEERSCH. Les troubles de l'appareil digestif chez la femme enceinte. (*Bruxelles med.*, 19 juill. 1925.)

## VI. — FONCTIONNEMENT DES OVAIRES

FRANK et GUSTAVSON. Les hormones sexuelles féminines et la glande de la gestation. (*J. A. M. A.*, 6 juin 1925.) — REVELLI. La crise menstruelle pendant la gestation. (*Riv. ost. gyn. Pratica*, août 1925.) — ROUVIER. Grossesse avant l'apparition de la menstruation. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 449.) — SCHIAFFINO. Durée de la menstruation dans ses rapports avec le développement fœtal. (*Ann. ost. gin.*, août 1925.)

## VII. — FONCTIONNEMENT DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

D. C. HARE. Certains états cardio-vasculaires pendant la gestation chez des femmes normales. (*Brit. med. J.*, 7 nov. 1925.) — SIMONS et RASMUSSEN. Pression sanguine pendant la gestation, le travail et le puerperium. (*Minnes. med.* Saint-Paul, mai 1925.) — VIGNES. Fonctionnement du cœur et des vaisseaux pendant la gestation. (*Sc. méd.*, 28 fév. 1925.)

## VIII. — SANG ET ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES

SALOMON, DE POTTER et VALTIS n'admettent aucune influence du taux cholestérinémique sur la vitesse de sédimentation.

VAN DONGEN a dosé l'indicanémie pendant la gestation. Il a trouvé de 0,91 à 3<sup>mg</sup>,2 par litre de sérum, tandis que, dans celui de femmes non gravides, mais atteintes d'affection gynécologique, il a obtenu des quantités variant entre 0,64 et 2<sup>mg</sup>,13. Après l'accouchement, il y a diminution de l'indican. L'hyperindicanémie peut faire craindre une néphrite.

D'après W.-H. VEIL, la teneur du sang en iode augmente à la fin de la gestation (1).

### BIBLIOGRAPHIE.

BROSSA et ZOCCHI. Recherche sur l'état colloïde du sérum sanguin chez la mère et chez l'enfant. (*Clin. ostetrica*, sept. 1925.) — COETZEC. Les protéines du plasma dans les gestations normales et anormales. (*Proc. Roy. Soc. med.*, février 1925.) — DELUCA. Contribution à l'étude des hémagglutinines en obstétrique. (*Rev. Fr. gyn. obst.*, 25

(1) Cette augmentation a été retrouvée par MAURER et DIEZ (Recherche sur l'iode dans l'organisme. *Munch. med. Woch.*, 1<sup>er</sup> janvier 1926). Pour eux, il y a une légère augmentation de la teneur du sang en iode au cours des trois derniers mois.

mai 1925.) — J. Mc DONAGH. Les modifications du sang pendant et après la gestation. (*J. obst. gyn. Brit. Emp.*, automne 1925.) — DYROFF. Recherches quantitatives des acides aminés au cours de la gestation. (*Z. f. G.*, 20 mai 1925.) — GIACCONE. Contribution à l'étude de la coagulation du sang pendant la grossesse. (*Ostet. e gin.*, déc. 1925.) — HELLMUTH. 1° Recherche des chlorures dans le sang maternel et celui du fœtus. (*Z. f. G.*, 20 juin 1925.) — 2° Recherche du sucre dans le sang maternel et fœtal à l'état normal. (*Z. f. G.*, 28 nov. 1925.) — PISTUDDI. Masse totale du sang dans la gestation à terme. (*Ann. ost. gin.*, juin 1925.) — SALOMON, DE POTTER et VALTIS. Vitesse de sédimentation et cholestérinémie (*Soc. Biol.* Séance 23 mai 1925.) — TRETTEENERS. Genèse et signification de la leucopénie par injection intradermique pendant la gestation. (*Riv. Ital. gin.*, janv. 1925.) — TYLER et UNDERHILL. Influence de la gestation sur les lipoides du sang. (*J. Biol. chem.*, nov. 1925.) — W. H. VEIL. Taux du sang en iode. (*Munch. med. Woch.*, 17 avril 1925.) — I VAN-DONGEN. L'indicanémie chez la femme enceinte. (*Nederl. Tijdsch.*, 14 fév. 1925.)

## IX. — SYSTÈME NERVEUX

MERLETTI a observé chez quelques femmes enceintes une irritabilité exagérée aux stimulations mécaniques ou électriques. Ceci les prédispose aux spasmes localisés ou généralisés.

VOGT, s'inspirant du travail de R. HEILIG. s'est demandé s'il y avait une relation entre les variations du liquide céphalorachidien et la fonction ovarienne. Il a constaté qu'en cas de gestation, il y avait augmentation de la glycorachie.

BENDA n'a pas trouvé de modification de la perméabilité méningée pendant la première moitié de la gestation, mais, pendant la seconde moitié, il y a augmentation croissante jusqu'à l'accouchement; enfin une diminution progressive se produit pendant le post-partum, la perméabilité redevenant normale en 4 à 6 semaines. BENDA discute la raison de cette modification et fait des rapprochements entre cette perméabilité, les œdèmes de la gravidité et la pathogénie de l'éclampsie.

BLOTEVOGEL a montré que, dans le ganglion de LEE FRANKENHAUSER, le nombre des cellules chromaffines augmente considérablement pendant la gestation (Souris).

## BIBLIOGRAPHIE.

BENDA. De l'influence de la menstruation et de la grossesse sur la perméabilité méningée. (*Munch. med. Woch.*, 2 oct. 1925.) — BLOTEVOGEL. Modifications cycliques des

organes génitaux femelles. (*Verh. Anat. Gesell.*, 1925, p. 223.) — GAROFEAM et LAZAR. La cholestérine du liquide céphalo-rachidien dans l'état gravidique et puerpéral. (*C. R. soc. Biol.*, 1925, p. 791.) — MERLETTI. 1° Spasmophilie et gestation. (*Z. f. G.*, 8 août 1925, p. 1816.) — 2° Spasmophilie et gestation. (*An. ost. gin.*, avril 1925.) — VOGT. Variations de la glycorachie dans certains états physiologiques et pathologiques. (*Klinische Wochen.*, 26 mars 1925.)

## X. — UTÉRUS, VAGIN ET ABDOMEN PENDANT LA GESTATION

MURET prétend que les modifications observées dans la paroi abdominale au cours de la gestation ne sont pas dues à une simple distension mais à des phénomènes beaucoup plus complexes : la peau présente une sorte d'hyperhémie avec dépôt de graisse dans le tissu sous-jacent, ce qui contribue à transformer le tissu cutané ordinaire en une peau plus souple, plus épaisse, plus grasse et à la formation de vergetures ; la distension n'est pas seul facteur de leur production, puisqu'elles sont beaucoup moins fréquentes dans les autres distensions de l'abdomen. Il a remarqué des vergetures fraîches au début d'une nouvelle grossesse chez une multipare à une époque où il n'y avait aucune distension. Quant à la paroi abdominale, il n'y a pas seulement distension, car alors il y aurait amincissement, bien au contraire, il y a épaissement.

STIEVE a étudié les modifications gravidiques du vagin ; il a constaté une hypertrophie des fibres musculaires, une multiplication des cellules épithéliales et une néoformation de cellules embryonnaires du stroma.

### BIBLIOGRAPHIE.

GUÉRIN-VALMALE et LORIOT. L'utérus s'abaisse-t-il vers la fin de la grossesse ? (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 396.) — F. HEINLEIN. Variation cyclique du titre de l'acidité de la sécrétion vaginale chez la femme en état de gestation. (*Z. f. G.*, 26 sept. 1925.) — KUSTNER. Étude du muscle droit abdominal à l'état normal, pendant la gestation et les suites de couches. (*Z. f. G.*, 17 janv. 1925, p. 122.) — MURET. Parois abdominales et gestation. (*Soc. obst. gyn. Suisse romande*, janv. 1925.) — SCHILLING. Un cas de grossesse avec hymen intact. (*A. J. O. G.*, fév. 1925.) — STIEVE. Changement survenant au cours de la gestation dans le vagin de la femme. (*Z. f. G.*, 28 fév. 1925, p. 484.) — SUN. Contractions spontanées de l'utérus en état de gestation. (*Johns Hopkins Hosp. Bul.*, avril 1925.)

## XI. — DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS ET DURÉE DE LA GESTATION

ARON. Quelques notions nouvelles sur les fonctions du foie embryonnaire. (*Strasbourg med.*, 5 janvier 1925.) — L.-M. CAFFREY. Prolongation et diminution de la période de gestation au point de vue médical et médico-légal. (*A. J. O. G.*, juillet 1925.) — COLLIN et KISSEL. Formation des vésicules hypophysaires chez l'embryon humain. (*Soc. Biol. Nancy*, 9 juillet 1925.) — FLANDRE. Grossesses prolongées et gros enfants. (*Th. Paris*, 1925.) — GUMMERT. Durée de la gestation. (*Monat. geb. gyn.*, déc. 1925.) — JEANNIN. Connait-on la durée de la grossesse et peut-on fixer la date de l'accouchement ? (*Pres. méd.*, 22 avril 1925.) — O. LESER. Développement de la forme de l'œil humain. (*Arch. ophthalm.*, février 1925.) — LINDIG. Contribution à l'étude du mécanisme de rotation de l'axe des organes internes d'après Sellheim. (*Z. f. G.*, 19 décembre 1925.) — MIJSBERG. Fonction du corps de Wolff chez le fœtus. (*Nederl. Tijds. gen.*, 31 janvier 1925.) — OELZE-RHEINBOLDT. Relation entre la menstruation et le sexe de l'enfant. (*Deut. med. Woch.*, 5 juin 1925.) — PIGHINI. Les facteurs biologiques de la détermination des sexes. (*Med. Biol. J. Moscow*, 1925, p. 3.) — POTEN. La durée de la gestation. (*Z. f. G.*, 22 août 1925, p. 1918.) — RISSMANN. Quelles sont les indications à donner en cas de gestation de courte durée. (*Z. f. G.*, 12 nov. 1925.) — SCHWARZ. Durée anormale de la gestation chez la femme et chez les animaux. (*Z. f. G.*, 25 avril 1925.) — VIGNES. La fonction sexuelle pendant la vie intra-utérine. (*Sem. Hôp. Paris*, 29 mai 1925.)

## Chapitre II.

### DIAGNOSTIC DE LA GESTATION

**La glycosurie phloridzique.** — HAYNES, dans une série de 50 épreuves de la phloridzine a eu 36 cas positifs et 14 négatifs : sur cet ensemble, la réaction a été inexacte dans 13 pour 100. Il a essayé également la réaction dans 20 cas d'inflammations pelviennes, les résultats ont été beaucoup moins réguliers.

ZAMPA a vérifié la valeur de cette réaction. Chez 37 femmes enceintes, il a eu 21 réponses positives, soit 56 pour 100, la réaction étant plus nette dans les premiers mois. Chez des femmes non enceintes, atteintes d'affections diverses, il a eu 43 pour 100 d'épreuves positives. Il con-

clut que la réaction à la phloridzine n'a pas de valeur pratique pour le diagnostic de la gestation.

**La rapidité de sédimentation.** — Dans les premiers mois de la gestation, cette épreuve n'a, pour ARCIERI, que peu de valeur, les résultats étant voisins de ceux obtenus en dehors de cet état. A partir du quatrième mois, les résultats vont en augmentant jusqu'au neuvième ; après l'accouchement, la vitesse de sédimentation diminue progressivement jusqu'au 10<sup>e</sup> jour.

**La réaction de Botelho** est positive en cas de gestation ou d'affections chroniques aboutissant à la cachexie comme au cas de cancer. Pour WISLANSKI, cela ne lui ôte pas un certain intérêt éventuel, au point de vue du diagnostic de la gestation ; car il est exceptionnel que l'on soit obligé de choisir entre une de ces affections (tuberculose, typhus, diabète grave, cancer, etc...) et un cas de gestation.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- ANDERSON. Les rayons X dans le diagnostic pré-natal des monstruosités fœtales. (*A. J. O. G.*, mars 1925, p. 382.) — ARCIERI. L'épreuve de la vitesse de sédimentation sanguine dans le diagnostic de la grossesse et des affections gynécologiques. (*Clin. ost.*, juillet 1925.) — BECKERS. Un cas de grossesse ignorée jusqu'au terme. (*Bruxelles med.*, 19 avril 1925.) — J. BERUTI. État actuel des expériences sur la cardiophonie et la phonocardiographie fœtale. (*Rev. Esp. obst. gin.*, fév. 1925.) — BURCH LUCIUS. Pneumo-péritoine comme moyen de diagnostic des lésions pelviennes obscures et de la grossesse au début. (*Surg., gyn. a. obst.*, 1925, p. 703.) — CZEISEL. La phloridzine dans le diagnostic de la gestation. (*Z. f. G.*, 12 sept. 1925.) — DORLAND et HUBENY. Les rayons X comme moyen diagnostique ou thérapeutique pendant la gestation. (*Illinois med. J.*, mai 1925.) — FAVREAU. 1<sup>o</sup> La radiographie du fœtus pendant la gestation. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 480.) — 2<sup>o</sup> La radiographie du fœtus pendant la gestation présente-t-elle un intérêt pratique? (*Sud. med. Chir.*, 15 avril 1925.) — GRIMBERG. Le diagnostic précoce de la gestation par l'épreuve de la glycosurie phloridzique. (*J. de méd. Paris*, 28 nov. 1925.) — HAYNES. L'épreuve de la phloridzine dans le diagnostic précoce de la gestation. (*Michigan state med. Soc. J.*, fév. 1925, p. 105.) — HENRY. Des causes d'erreur dans la pratique du palper abdominal au cours de la grossesse normale. (*Marseille méd.*, 15 déc. 1925.) — HEUSER. La radiographie de l'utérus, des trompes et des ovaires avec ou sans injection de lipiodol pour le diagnostic précoce de la grossesse. (*Soc. de Rad. méd. France*, séance 12 mai 1925.) — HÖST. Tolérance aux hydrates de carbone pendant la gestation. (*Lancet*, 16 mai 1925.) — MITCHELL. Méthodes de diagnostic de la gestation. (*Canadian med. Ass. J.*, mai 1925.) — PISKACEK. La critique des signes de la gestation de Hégar. (*Z. f. G.*, 18 juillet 1925.) — SCHMIDT-OTT. Diagnostic du sexe du fœtus

d'après la réaction alcoolique sérologique. (*Deut. med. Woch.*, mars 1925.) — TIMOFEEW. Diagnostic précoce de la gestation d'après la méthode de Dienst. (*Z. f. G.*, 19 sept. 1925.) — WERNER. Diagnostic précoce de la gestation. (*Wien. Klin. Woch.*, 14 mai 1925.) — WISLANSKI. La réaction de Botelho en obstétrique et gynécologie. (*Ginck. Polska*, 1925, p. 249.) — ZAMPA. La glycosurie phloridzinique dans le diagnostic de la gestation. (*Clin. ostet.*, octobre 1925.)

### Chapitre III.

## HYGIÈNE DE LA GESTATION

SLONAKER et ROBERTSON ont étudié les effets du travail forcé pendant la gestation sur la mère et l'enfant. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes : un exercice, donné à des rats pendant la gestation, suffisant pour causer un degré de fatigue marquée, tend à causer la résorption du fœtus, l'avortement, l'accouchement prématuré ou la mort des adultes, une réduction du nombre des nouveau-nés et un manque de lactation normale.

### BIBLIOGRAPHIE.

- J. FAIRBAIRN. Nécessité des examens au cours de la gestation. (*Brit. med. J.*, 14 fév. 1925, p. 295.) — MC KIM THOMAS. Le soin des dents pendant la gestation. (*Brit. Dent. J.*, 1<sup>er</sup> juin 1925.) — SLONAKER et ROBERTSON. Effet du travail forcé pendant la gestation sur la mère et l'enfant. (*Amer. J. Physiol.*, Baltimore, 1<sup>er</sup> mai 1925.)
-

## DEUXIÈME PARTIE

# GESTATION PATHOLOGIQUE

### *Chapitre I.*

#### GESTATIONS ECTOPIQUES ET NIDATIONS ANORMALES

**Étiologie.** — ROCCA, à propos d'un cas de gestation ovarienne primitive, étudie les causes des grossesses ectopiques et met en avant des faits cliniques qui s'inscrivent contre la théorie de VEIT de l'altération tubaire inflammatoire. Il se rattache à la théorie qui considère plutôt les nidations anormales de l'œuf comme des phénomènes ataviques consistant en une réaction déciduale de la trompe, semblable à celle qui survient chez les animaux inférieurs. HENDRY, après analyse de 152 cas de gestations ectopiques, remarque, au contraire, la fréquence des affections pelviennes associées (35 pour 100 des cas); il constate également que la gestation ectopique est plus fréquente avant 30 ans et survient après une stérilité relative (2 ans après la précédente grossesse dans 45 pour 100 des cas).

PARSAMOV, ayant constaté une augmentation notable de grossesses extra-utérines depuis 1922, pense que ceci serait dû aux tentatives d'avortements criminels qui ont pris une grande expansion et que particulièrement, les injections de teinture d'iode dans l'utérus auraient un rôle néfaste.

SCHMITT rapporte deux observations où l'on relève une étiologie identique : l'existence d'un adénome de l'angle tubaire.

**Étude anatomo-clinique.** — La période de rupture la plus fréquente est pour HENDRY, entre la quatrième et la huitième semaine.

La douleur est un symptôme important puisqu'elle ne lui a manqué que dans 4 pour 100 des cas ; elle était pelvienne ou abdominale. Quant à l'hémorragie externe, elle a surtout le caractère d'être de minime intensité en comparaison de la douleur. Ceci a sa valeur pour différencier la fausse couche de la gestation ectopique.

La rupture de la grossesse tubaire dans le ligament large est relativement fréquente (15 à 20 pour 100) pour HONG TSAI. Le syndrome clinique est beaucoup moins foudroyant : la malade a une sensation de déchirement dans le bas-ventre, un peu de pâleur de la face, le toucher montre un utérus refoulé par des annexes grosses, molles et douloureuses. Le diagnostic, le plus souvent, n'est fait qu'au moment de l'intervention.

La gestation double intra et extra-utérine n'est pas exceptionnelle. GUILLEMINET en rapporte un cas : on pratiqua la castration du côté de la gestation ectopique, on laissa la gestation intra-utérine évoluer, mais, quatre semaines après, il se produisit un avortement.

LINCOLN DE ARANJO en rapporte un autre cas ayant évolué jusqu'au voisinage du terme. L'intervention permit d'extraire deux fœtus vivants ; seul le fœtus extra-utérin survécut.

CHENUT et FORTON rapportent un cas d'avortement tubaire : à l'intervention on trouva l'appendice adhérent aux annexes.

**Diagnostic.** — L'urobilinurie étant un signe constant d'hématome, SCHILLER et ORNSTEIN l'ont recherchée chez des femmes suspectes de gestation ectopique et l'ont rencontrée chez 80 pour 100 de celles qui en étaient atteintes.

ARCIERI a constaté que la vitesse de sédimentation sanguine est semblable à celle d'une gestation normale du même âge. Quand il y a rupture, la vitesse de sédimentation est d'autant plus rapide que l'hémorragie est plus importante.

La numération des leucocytes a montré à FARRAR que, si le sang est enkysté, leur nombre est normal. En cas de rupture, il y a augmentation rapide des leucocytes et diminution du nombre des hématies ainsi que du taux de l'hémoglobine. La leucocytose, avec une élévation de température modérée, est un bon élément de diagnostic avec la salpingite purulente, qui a toujours une leucocytose élevée et température oscillante.

**Traitement.** — Pour JOLLY, on doit considérer toute gestation

extra-utérine comme une « tumeur maligne ». On interviendra toujours aussitôt le diagnostic, quand celui-ci aura pu être fait avant le 5<sup>e</sup> mois. Ce ne sera qu'en présence d'une femme près du terme qu'on aura le droit d'attendre pour tenter de sauver l'enfant.

HAMMERSCHLAG a remarqué qu'en cas de gestation ectopique, après l'opération, les femmes se remettent mieux de leur anémie que les femmes ayant perdu une quantité égale de sang pendant leur travail et leur délivrance ; aussi discute-t-il la valeur de la transfusion dans ces cas. Pour lui, la seule valeur de la transfusion est la stimulation du système hématopoïétique et l'introduction de sérum ; mais elle produit souvent des accidents. Elle nedoit pas être faite sans une stricte indication et en dernier ressort, ce qui pratiquement n'est jamais nécessaire dans la gestation extra-utérine, l'opération rapide étant la chose essentielle.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- AIEVOLI. Gestation extra-utérine avancée. Intervention après quatre ans de rétention. (*Riforma med.*, sept. 1925.) — ARCIERI. L'épreuve de la vitesse de sédimentation sanguine dans le diagnostic des affections gynécologiques. (*Clin. obstet.*, juillet 1925.) — ARNOULD. Ce qu'il faut savoir de l'évolution et du traitement des grossesses ectopiques. (*Marseille méd.*, 15 sept. 1925.) — BANKI. Un signe précoce de la gestation extra-utérine. (*Z. f. G.*, 17 janvier 1925, p. 142.) — BULLARD. Un cas de grossesse abdominale. (*A. J. O. G.*, janv. 1925.) — BEGOUIN, DARAIGNEZ et MASSÉ. Sur un cas de grossesse extra-utérine. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 369.) — BELAICHE. Le signe du Douglas dans les ruptures de grossesse tubaire. (*Th. Paris*, 1925.) — BORDJOSCHKI. Gestation tubaire bilatérale. (*Z. f. G.*, 17 janvier 1925.) — BUTTNER. Un cas de gestation abdominale. (*Z. f. G.*, 22 août 1925, p. 1914.) — CAMUS. Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — CHENUT et FORTON. Un cas d'avortement tubaire. (*J. méd. Bordeaux*, 25 juillet 1925.) — CHUECO. L'abstention dans l'avortement tubaire. (*Bol. Soc. Obst. gin.* Buenos-Aires, mai 1925.) — COTTE et LATREILLE. Grossesse interstitielle traitée par l'hystérectomie. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 9.) — COURTU. Des ruptures en plusieurs temps de la grossesse extra-utérine. (*J. Sc. med.* Lille, 25 avril 1925.) — DAUWE. Rupture tubaire grave à la suite de manœuvres abortives. (*Scalpel*, 11 avril 1925.) — DEHLER. Un cas de gestation extra-utérine menée à terme et avec enfant vivant. (*Monat. geb. gyn.*, mars 1925, p. 314.) — DELMAS et ROUME. Grossesse tubaire itérative. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 255.) — FARRAR. Valeur de la numération des leucocytes pour le diagnostic de la grossesse tubaire. (*Surg. gyn. obst.* Chicago, nov. 1925.) — FOURNIER. Grossesse tubo-abdominale. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 6.) — FOURNIER et FAURE. Grossesse ectopique « diverticulo-tubaire ». Étude anatomo-pathologique. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 7.) — GIGNOUX. La menstruation

dans les grossesses tubaires. (*Th. Lyon*, 1925.) — GONZALEZ. Gestation angulaire à répétition. (*Bol. S. obst. gyn.* Buenos-Aires, 5 oct. 1925.) — GROSSE. Gestation extra-utérine abdominale ayant évolué jusqu'à terme. (*Gaz. méd. Nantes*, 15 oct. 1925.) — GUILLEMINET. Un cas de grossesse double intra et extra-utérine. (*Soc. Nat. méd. Sc. méd. Lyon*, séance 3 juin 1925.) — HAMANT. Suites éloignées d'une hématocele. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 333.) — HAMMERSCHLAG. Transfusion du sang et grossesse ectopique. (*Monats. geb. gyn.*, avril 1925.) — HELVESTINE. Gestation ectopique, analyse de 95 cas. (*Virginia Med. Month.*, mars 1925.) — HENDRY. Analyse clinique de 152 cas de gestations ectopiques. (*A. J. O. G.*, sept. 1925.) — HEROLD. Gestation ectopique ou rupture de l'utérus. (*Z. f. G.*, 12 sept. 1925.) — HENROTAY. Un cas de tétanos après grossesse ectopique opérée. (*Bruxelles méd.*, 1<sup>er</sup> mars 1925.) — HOEHNE. Étiologie et diagnostic de la rupture spontanée de la trompe gravide. (*Z. f. G.*, 10 janv. 1925, p. 66.) — JOLLY. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine abdominale. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — KYNOCH. Gestation abdominale secondaire à une gestation tubaire. (*J. obst. gyn. Brit. Emp.*, n° 3, 1925.) — LACOUTURE et MASSÉ. Grossesse abdominale. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 294.) — LAURENTIE et MOUSSOLI. Grossesse extra-utérine ayant apparu consécutivement à une épreuve de perméabilité tubaire. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 492.) — LEBEDEFF. Un cas de gestation interstitielle. (*Z. f. G.*, 5 sept. 1925, p. 2018.) — LEFILLIATRE. Appendicite et gestation extra-utérine. (*J. de méd. Paris*, 14 février 1925.) — LINCOLN DE ARANJO. Un cas de gestation extra-utérine accompagné de gestation normale. (*Rev. gyn. obst. Brasil*, août 1925.) — LITTAUER. Deux cas de gestation interstitielle. (*Z. f. G.*, 20 juin 1925.) — LOUBAT et ICHOU. Grossesse ectopique probable développée dans un moignon de trompe après salpingectomie. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 300.) — LOMBARD et VERGOZ. Deux cas d'hémorragie cataclysme par rupture de gestation tubaire. (*J. méd. chir. Afrique du Nord*, juin 1925.) — MEYER. Un cas de gestation abdominale. (*Z. f. G.*, 17 janv. 1925.) — MICHEL et VERMELIN. Grossesse extra-utérine rompue dans les suites immédiates d'un avortement utérin. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 8.) — MOMIGLIANO. La grossesse tubaire récidivante. (*Arch. ital. chir.* Bologne, 1925, p. 792.) — MOSTI. De la gestation interstitielle. (*Rev. ost. gin. Prat.*, février 1925.) — NOVAK et DARNER. La corrélation des changements de l'utérus et des trompes dans la gestation tubaire. (*A. J. O. G.*, mars 1925, p. 295.) — OWENS. Gestation ectopique. (*Kantas. med. Soc. J.*, mars 1925.) — PAGE. Grossesse extra-utérine coexistant avec une grossesse à terme. (*Bul. Soc. chir. Paris*, 1<sup>er</sup> juillet 1925.) — PANKOW. Inflammation des trompes et gestation tubaire. (*Z. f. G.*, 25 juillet 1925, p. 1637.) — PARSAMOV. Étiologie de la grossesse extra-utérine. (*Vratchebnoïé Delo*, t. VIII, 1925.) — PATEL et ROLLET. Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne en dehors de la grossesse. (*Lyon méd.*, 1925, p. 518.) — J. PETRIDIS. Un cas de tétanos après opération par voie vaginale d'une grossesse extra-utérine. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — PFEIFFENBERGER. Gestation ectopique et appendicite aiguë. (*Illinois med. J.*, fév. 1925.) — RIEHL. Un cas d'avortement tubaire. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 338.) — ROCCA. Contribution à l'étude de la pathogénie de la gestation ectopique. (*Rev. Espan. obst. gin.*, mars 1925.) — ROUANET. Contribution à l'étude de la grossesse ectopique diverticulo-tubaire. (*Th. Toulouse*, 1925.) — SCHILLER et

ORNSTEIN. Urobilinogénurie au cours de la gestation normale et ectopique. (*Z. f. G.*, 2 déc. 1925.) — SCHMITT. 1° Étiologie de la gestation interstitielle. (*Z. f. G.*, 25 juillet 1925, p. 1638.) — 2° A propos de la grossesse interstitielle. (*Z. f. G.*, 1925, p. 87.) — SCHWARTZ, LUBIN et AMELINE. Perforation du rectum par placenta ectopique. (*Paris méd.*, juin 1925.) — SELIGA. Traitement de la grossesse extra-utérine. (*Bratislavské Lekarske Listy*, mai 1925.) — SPEISER. Grosse hyperplasie déciduale au cours de la gestation tubaire. (*Z. f. G.*, 17 janv. 1925.) — STEIN. 106 cas de grossesses extra-utérines. (*A. J. O. G.*, déc. 1925.) — TSAI HONG. La rupture de la grossesse tubaire dans le ligament large. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — VALLOIS, DELMAS et ROUME. Rupture de grossesse tubaire au 7<sup>e</sup> mois. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — ZIMMERMANN. Gestation interstitielle. (*Z. f. G.*, 18 juillet 1925.) — ZOGRAPHOS. Des douleurs tardives élevées comme symptômes des ruptures de grossesse tubaire. (*Th. Nancy*, 1925.)

## Chapitre II.

### HÉMORRAGIES AU COURS DE LA GESTATION

**Étiologie.** — LIMA rapporte l'observation d'un placenta prævia dans un utérus fibromateux ; à ce sujet, il discute l'influence des fibromes utérins sur les insertions placentaires.

**Étude clinique.** — BURGESS rappelle la fréquence des hémorragies nocturnes dans le placenta prævia et des principaux signes qui permettent d'en faire le diagnostic avant les hémorragies : présentation retenue au-dessus de la symphyse ; souffle utérin symphysaire ; sensation, au toucher, d'une masse molle qui sépare le doigt de la présentation.

**Traitement.** — Dans une étude sur le placenta prævia, BOUTKOWSKY constate qu'il est une des complications les plus graves de l'accouchement : la mortalité maternelle est de 35 à 50 pour 100, celle de l'enfant 80 pour 100. Devant la gravité de l'affection, par crainte des accidents hémorragiques et de l'infection, beaucoup d'auteurs sont partisans du traitement chirurgical : BALLHORN, tablant sur 150 cas, a constaté que le traitement qui lui avait donné le meilleur résultat, était la césarienne. O. DE SOUZA, à propos de trois cas traités par césarienne basse, en discute les avantages et fait un parallèle entre cette dernière et la césarienne haute ; il conclut en faveur de la césarienne basse. BOUTKOWSKY lui aussi a eu d'excellents

résultats, mais avec la césarienne classique, le meilleur principe étant, d'après lui, de laisser intact le col utérin et les parties voisines du segment inférieur.

Cependant la césarienne n'est pas l'unique traitement du placenta prævia et DESOUBRY en pose les indications : 1° quand le diagnostic de placenta central est posé avant ou au début du travail ; 2° en cas d'hémorragies répétées, le col paraissant manquer de souplesse. Plus rarement, on peut y avoir recours à cause du bassin, des parties molles ou de l'âge de la femme ; mais en présence d'une multipare à col souple, il est préférable d'avoir recours aux méthodes obstétricales.

BURGESS indique les traitements différents à employer suivant le type du placenta, l'état de dilatation du col et les circonstances dans lesquelles on se trouve pour les appliquer. Il réserve la césarienne pour le cas de placenta central.

BALARD discute les indications des diverses interventions que l'on peut pratiquer dans le cas de placenta prævia. En théorie, la césarienne est la méthode de choix dans le cas de placenta plus ou moins central quand elle est pratiquée tout au début du travail ; mais s'il y a infection, la césarienne ne peut plus être simplement conservatrice. Les méthodes obstétricales n'ont pas fait radicalement faillite, et, pour n'être pas des méthodes d'élection, elles n'en sont pas moins des procédés de nécessité, susceptibles de donner les plus brillants succès. En tous cas, quelle que soit l'intervention à pratiquer, il faut s'efforcer d'en établir à l'avance le pronostic immédiat et éloigné. pour la mère et l'enfant : de tous les facteurs qui entrent en ligne de compte au point de vue du pronostic immédiat maternel, le principal est l'état de résistance individuelle du sujet dont rendra particulièrement compte son état d'équilibre cardio-vasculaire.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- BALARD. Sur un cas de placenta prævia central traité avec succès par les méthodes obstétricales. (*Gaz. heb. Sc. med.* Bordeaux, 29 nov. 1925.) — BALLHORN. Traitement du placenta prævia. (*Arch. f. gyn.*, 14 mars 1925.) — W. BARNEY. Placenta prævia et décollement du placenta. (*Ohio state med. J.*, 1<sup>er</sup> nov. 1925.) — BOUTKOWSKY. Contribution à l'étude du traitement du placenta prævia. (*Gyn. i Kouch.*, 1925, p. 76.) — BRIDE. Hémorragies de la grossesse, du travail et de la puerpéralité. (*Brist. med. J.*, 19 déc. 1925.) — BURGER. Contraction de l'orifice interne de l'uté-

rus et placenta prævia (*Méd. Alsace-Lor.*, 1<sup>er</sup> sept. 1925.) — BURGESS. Hémorragies dans les trois derniers mois de la grossesse. (*A. J. O. G.*, juillet 1925.) — CONRAD. Traitement du placenta prævia. (*Z. f. G.*, janv. 1925, p. 275.) — COSTA et LANDA. Le placenta prævia. (*Bol. S. obst. y gyn.* Buenos-Aires, 20 oct. 1925.) — COUINAUD. Conduite à tenir dans le placenta prævia. (*La Consult.*, mars 1925.) — DEL VIVO et CORINALDESI. Développement de l'œuf et phénomènes cliniques du placenta marginata. (*Rev. Ital. gin.*, janv.-fév. 1925.) — DESOUBRY. Les interventions chirurgicales dans le traitement du placenta prævia. (*Th. Paris*, 1925.) — DUVILLIER et CAMBIER. Placenta prævia, opération césarienne conservatrice. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 9.) — FEBRES. Du traitement du placenta prævia proprement dit par la césarienne vaginale. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 10.) — FILIPPI. Traitement du placenta prævia à la clinique d'accouchement de Bordeaux. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — HIRSCHMANN. Les hémorragies durant la gestation. (*Th. Francfort*, 1925.) — HJELT. Les placentas prævias à la maternité d'Helsingfors de 1910 à 1924. (*Finska Lak. Handl.*, mars 1925.) — HOUEL et JAHIER. A propos de 3 cas de placenta prævia traités selon Simpson (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 457.) — JEANNENEY. Traitement général des grandes hémorragies. (*Gaz. Hôp.*, 11 avril 1925.) — LENGFELD. Traitement du placenta prævia. (*Z. f. G.*, 1925, p. 287.) — LIMA. Placenta prævia central et fibrome utérin. (*Rev. gyn. obst. Brasil*, août 1925.) — C. MILLER. Traitement du placenta prævia. (*New-Orleans med. Surg. J.*, mars 1925.) — H. MILLER. Hémorragies de la gestation. (*Atlantic med. J.*, fév. 1925.) — MINOSO. Placenta prævia et transfusion. (*Rev. med. Cubana*, août 1925.) — OHNESORGE. Étude de la diathèse hémorragique au point de vue complication de l'accouchement. (*Z. f. G.*, fév. 1925, p. 319.) — PICARD. Placentas prævias avec hémorragies graves. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) PUJOL. Deux observations de placenta prævia traitées par l'hysterotomie. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 8.) — SCHNITZER. Placenta prævia. (*Z. f. G.*, 30 mai 1925, p. 1204.) — O. DE SOUZA. Césarienne basse pour placenta prævia. (*Rev. gyn. obst. Brasil*, avril 1925.) — VOGES. Tableau clinique de la position cervicale du placenta. (*Z. f. G.*, 18 avril 1925, p. 896.) — WILLETT et D. OSCOM. Traitement du placenta prævia par des tractions continues. (*Proc. Roy. Soc. med.*, octobre 1925.)

### Chapitre III.

## ANÉMIE PERNICIEUSE GRAVIDIQUE

L'anémie pernicieuse de la gestation, anémie hémolytique et primitive, ne s'observe, pour BOLAFFIO, que très rarement chez les paludéennes. L'anémie du paludisme est une anémie secondaire beaucoup plus bénigne dans son évolution et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend, au cours de la grossesse, l'aspect hématologique de l'anémie pernicieuse ; elle s'en distingue cependant par le processus

anatomo-pathologique et par quelques caractères cliniques. Dans tous les cas le diagnostic hématologique est indispensable au point de vue pronostic et thérapeutique. Le pronostic est favorable dans les anémies palustres simples ; il est grave dans les anémies pernicieuses qu'elles soient palustres ou non. Dans le premier cas, on insistera sur le traitement médical ; dans le second cas, on pratiquera en temps opportun l'interruption de la gestation.

#### BIBLIOGRAPHIE.

AUBERTIN. Anémie pernicieuse gravidique. (*Bul. méd.*, 4 mars 1925, p. 261.) — BOLAFFIO. Paludisme et anémie de la gestation. (*Clinica ostet.*, nov. 1925, p. 505.) — CLAUSER. Un cas de forte anémie aplastique de la gestation traité par le trisulfure d'antimoine colloïdal. (*Z. f. G.*, 5 avril 1925, p. 752.) — EPARVIER et PIGEAUD. Un cas d'anémie de la grossesse. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 178.) — GARIPUY. Anémie pernicieuse gravidique guérie par des petites transfusions répétées. (*S. obst. gyn.* Toulouse, séance 18 nov. 1925.) — HALIR. Anémie pernicieuse et lymphogranulomatose (*Med. Klinik*, avril 1925.) — HILGENBERG. L'anémie pernicieuse de la gestation exige-t-elle une stérilisation? (*Z. f. G.*, 17 oct. 1925.) — O. PEREZ et CASTELLANOS. Anémie pernicieuse gravidique. (*Vida Nueva*, avril 1925.) — VALLOIS et COLL de CARRERA. Grossesse normale chez une femme ayant présenté une anémie pernicieuse lors d'une grossesse antérieure. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 413.)

### Chapitre IV.

## TOXÉMIES GRAVIDIQUES EN GÉNÉRAL

### I. — EXAMEN DU SANG DANS LES TOXÉMIES

DOSSENA. Incompatibilité sanguine materno-fœtale en rapport avec la toxémie gravidique. (*Ann. ostet. gin.*, août 1925.) — STANDER, DUNCAN et SISSON. Chimie du sang dans les toxémies de la gestation. (*Johns Hopkins Hosp. Bul.*, juin 1925.)

### II. — LE FOIE AU COURS DES TOXÉMIES

NAUJOKS. 1° Étude des fonctions hépatiques à l'aide de tétrachlorophénolphtaléine dans les intoxications de la gestation. (*Z. f. G.*, 5 déc. 1925.) — 2° Examen des fonctions du foie au cours des intoxications de la gestation. (*Z. f. G.*, 1<sup>er</sup> août 1925, p. 1720.)

### III. — ACCIDENTS DIVERS DES TOXÉMIES GRAVIDIQUES

BEKER. Toxémie de la gestation. (*Nederl. Tijds gen.*, 2 mai 1925.) — BHATTACHARYA. Toxémies de la gestation. (*Calcutta med. J.*, janv. 1925.) — BISHOP. Un cas de nouvelle gestation après une toxémie gravidique sévère. (*New-York obst. Soc.*, séance 10 mars 1925.) — COOKE. Traitement des toxémies de la gestation. (*Texas state J. of med.*, oct. 1925.) — DEMARET. De l'évolution des toxémies gravidiques après la mort du fœtus. (*Th. Paris*, 1925.) — DRAPER. Types physiques en rapport avec les toxémies de la gestation. (*Amer. J. med. Sc.*, déc. 1925.) — FAIRBAIRN et MENNELL. Toxémie précoce de la gestation. (*Proc. Roy. Soc. med.*, juillet 1925.) — GREENHILL. Conduite à tenir dans les toxémies de la gestation. (*Illinois med. J.*, fév. 1925.) — KELLOG. Les toxémies récidivantes de la gestation. (*A. J. O. G.*, fév. 1925.) — POLONSKY. L'emploi du sérum dans les intoxications gravidiques. (*Z. f. G.*, 20 juin 1925.) — RHENTER et PIGEAUD. Un cas de toxémie gravidique mortelle au 7<sup>e</sup> mois de la grossesse. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — SELITZKY. Les toxémies gravidiques. (*G. O.*, fév. 1925.)

### Chapitre V.

## CONVULSIONS ÉCLAMPTIQUES

**Étiologie et pathogénie.** — BUBLICHENKO a examiné 226 éclampsies de 1912 à 1922. Contrairement à ce qui s'était passé en Allemagne pendant la guerre, il y a eu en Russie pendant les privations de la Révolution une augmentation d'éclampsies. Ceci vient à l'encontre de la théorie des Allemands qui pensaient que la diminution de l'usage des protéines et des graisses diminuait l'éclampsie. Dans sa statistique, 50 pour 100 des femmes ont moins de 25 ans. Pour lui, l'éclampsie ne serait pas dépendante d'une affection rénale et le travail prématuré chez ces malades serait dû à une irritation croissante du système nerveux.

MOREIRA rapporte trois observations montrant le rôle de la thyroïde dans l'éclampsie. Ce sont trois cas de goitre colloïde chez des femmes éclampsiques. Il conclut à l'action de la glande sur l'éclampsie par dysfonction plutôt que par hypofonction et discute l'emploi systématique de l'extrait thyroïdien.

Après avoir eu des résultats favorables en traitant des éclampsiques par des rayons ultra-violet, HOCHENBICHLER explique la fréquence de l'éclampsie au printemps et à l'automne parce que les rayons solaires sont beaucoup moins efficaces.

PUCCIONI a trouvé une augmentation marquée de la bilirubinémie chez les éclampsiques : de 3,30 à 3,50 unités VAN DEN BERG.

**Anatomie pathologique.** — BUBLICHENKO a constaté une coloration brillante du placenta et un épaississement des membranes.

**Étude clinique.** — KLAFTEN a remarqué que les éclampsiques avaient, dans les heures qui précèdent leur crise, une respiration plus profonde que normalement. Ceci lui permet de faire, par ce signe, un diagnostic précoce de l'affection. Si, après la crise, ce symptôme persiste, il porte un pronostic défavorable.

**Traitement.** — Le somnifère a été employé par DONATIEN MARION pour calmer l'irritation nerveuse. L'action est instantanée en 12 à 14 heures. Il n'a jamais vu de nouvelles crises se produire. L'action nocive du somnifère sur le rein et sur la pression sanguine serait nulle.

SCHLOSSMANN est partisan de la saignée abondante : ayant pris régulièrement la tension de 12 éclampsiques avant et après saignée, il a constaté que la chute de tension est proportionnelle à la perte de sang. Pour lui la cause de cela ne serait ni la diminution de la viscosité du sang, ni la décharge du système circulatoire, mais la diminution des toxines. Cette chute de la tension serait donc l'indication de l'efficacité de la saignée et une nouvelle saignée peut être faite à nouveau si la tension remonte (1).

STANDER relate la marche exacte du traitement de STROGANOFF ; il reconnaît que cette méthode donne d'excellents résultats, mais il lui reproche l'usage trop libéral du chloroforme et il pense qu'une saignée de 400 grammes est insuffisante. Aussi avec DUNCAN appli-

(1) Les expériences déjà anciennes de Ambard, mentionnées dans la thèse de Chirié (Paris, 1907, p. 97), tendaient à démontrer que la saignée minime s'agissait pas sur la pression et qu'il y a une période critique à partir de laquelle l'effet hypotenseur est brusquement obtenu.

Par ailleurs, Balard (de l'action hypotensive durable de la saignée dans l'éclampsie puerpérale. *C. R. Soc. biol.*, 27 juillet 1918) pratique dans l'éclampsie de larges saignées, suffisantes pour abaisser le minima d'au moins 2 centimètres. Il a extrait jusqu'à 1 200 grammes de sang.

quent-ils le traitement de STROGANOFF mais en le modifiant. Ils dosent la glycémie et l'acidose sanguine, s'ils trouvent une augmentation, ils injectent de 15 à 25 unités d'insuline et font ingérer à la malade deux grammes de glucose par unité d'insuline.

GREENHILL, suivant les conditions dans lesquelles on se trouve et aussi suivant les conditions sociales, propose soit l'évacuation immédiate de l'utérus, soit d'essayer de calmer la malade par le chloral à hautes doses et la saignée de 600 à 1000 grammes, l'intervention n'étant faite seulement qu'en cas où l'amélioration ne se fait pas.

# BIBLIOGRAPHIE.

ALTON et LINCOLN. Le contrôle des convulsions éclamptiques par injection intraspineuse de sulfate de magnésie. (*A. J. O. G.*, février 1925.) — DO AMARAL. Le traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Rev. gyn. obst. Brasil*, juin 1925.) — BERUTI et ISAAC. Le curettage de l'utérus dans l'éclampsie tardive du puerperium. (*Sem. med. Buenos-Aires*, 29 janv. 1925.) — BUBLICHENKO. Particularité de l'éclampsie. (*Monat. geb. gyn.*, mai 1925.) — BUND. Sur l'état postérieur des éclamptiques et de leurs enfants. (*Z. f. G.*, 19 déc. 1925.) — CARY. Étiologie de la toxémie prééclamptique d'après son aspect clinique. (*Surg. gyn. obst.*, 1925, p. 194.) — CATHALA et LE RASLE. L'incompatibilité sanguine fœto-maternelle est-elle la cause de l'éclampsie. (*Rev. Fr. gyn. obst.*, 25 octobre 1925.) — CLARKSBURG. Éclampsie puerpérale. (*West Virginia med. J.*, avril 1925.) — DEXEUS-FONT. Le sulfate de magnésie intra-veineux dans l'éclampsie post-partum. (*Rev. méd. de Barcelone*, sept. 1925.) — FAVREAU. Emploi de chlorhydrate de pilocarpine chez les éclamptiques. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — FEIST. Toxémie éclamptique de la gestation. (*Missouri state med. Ass. J.*, mars 1925.) — FERRÈRE. Éclampsie grave du travail. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — GESSNER. 1° Prophylaxie diététique de l'éclampsie. (*Z. f. G.*, avril 1925, p. 738.) — 2° Statistique badoise de l'éclampsie pour 1923. (*Z. f. G.*, 20 juin 1925.) — GREENHILL. Conduite à tenir dans les toxémies de la gestation. (*Illinois med. J.*, fév. 1925.) — GONZALEZ. Syphilis et éclampsie. (*Bol. Soc. obst. gin. Buenos-Aires*, avril 1925.) — GUÉRIN-VALMALE, CAUDIÈRE et TOINON. Éclampsie puerpérale avec examen des réactions sanguines paterno-materno-fœtales. (*Com. méd. Bouches-du-Rhône*, juin 1925.) — HEYNEMANN. 1° De l'éclampsie. (*Z. f. G.*, 17 janvier 1925, p. 151.) — 2° Diagnostic différentiel entre le rein de la gestation et le rein de la néphrite chronique. (*Z. f. G.*, 10 nov. 1925.) — HOCHENBICHLER. Étiologie et prophylaxie de l'éclampsie. (*Monat. geb. gyn.*, mai 1925.) — HOUEL et JAHIER. Le traitement de l'éclampsie puerpérale à la maternité d'Alger. (*Rev. Fr. gyn. obst.*, 10 juin 1925.) — HYND. Nature de l'albumine urinaire avec une étude spéciale des cas d'éclampsie. (*Lancet*, 31 oct. 1925.) — KLAFTEN. Accélération de la respiration signe de pré-éclampsie. (*Monat. geb. gyn.*, mai 1925.) — KING. Traitement conservateur de l'éclampsie. (*A. J. O. G.*, mai 1925.) — LAZARD. L'usage du

sulfate de magnésie intra-veineux dans l'éclampsie puerpérale. (*A. J. O. G.*, février 1925.) — LÉVY-SOLAL, TZANCK et DALSACE. D'une immunisation du cobaye à l'injection du sérum d'éclampsique. (*C. R. Soc. Biol.*, séance 28 mars 1925.) — LIEBMANN. 1° Éclampsie sans convulsions. (*Z. f. G.*, 22 août 1925.) — 2° Éclampsie sans convulsions. (*Z. f. G.*, 5 déc. 1925.) — D. MARION. De l'action du somnifène sur la crise éclampsique. (*Act. méd.* Montréal, avril 1925.) — DA MOREIRA. Rôle de la thyroïde dans l'éclampsie. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 1541.) — MATHIAS et PNICSOHN. Étude de l'éclampsie. (*Monat. geb. gyn.*, 4 fév. 1925.) — NUBIOLA. L'urémie consulsive au cours de la gestation. (*Rev. Espan. obs. gin.*, mai 1925.) — NEUGARTEN. Le sort des enfants de mères éclampsiques. (*Z. f. G.*, 29 août 1925.) — PEREZ et BRÉA. Éclampsie précoce. *Bol. Soc. obst. gin. Buenos-Aires*, avril 1925.) — PUCCIONI. Recherches sur la bilirubinémie pendant la gestation normale et pathologique (*Riv. Ital. gin.*, mars 1925.) — RUBEL. Traitement de l'éclampsie. (*Kentucky med. J.*, fév. 1925.) — SCHLOSSMANN. La saignée massive dans l'éclampsie. (*Monat. geb. gyn.*, juin 1925.) — SELITZKY. De l'éclampsie. (*G. O.*, juin 1925.) — SPEIDEL. Le traitement conservateur dans l'éclampsie. (*A. J. O. G.*, mars 1925.) — STANDER. Traitement de l'éclampsie par la méthode de Stroganoff. (*A. J. O. G.*, mai 1925, p. 327.) — STANDER et DUCAN. L'usage de l'insuline dans l'éclampsie. (*A. J. O. G.*, déc. 1925.) — STOLLENWERK. Le sulfate de magnésie dans l'éclampsie, (*Florida med. Ass. J.*, oct. 1925.) — TEIBER. 1° Diagnostic différentiel de l'éclampsie. (*Monat. geb. gyn.*, fév. 1925.) — 2° Diagnostic différentiel de l'éclampsie. (*Z. f. G.*, 4 avril 1925, p. 771.) — VIGNES. Le traitement des convulsions éclampsiques. (*J. Praticiens*, 12 sept. 1925.)

## Chapitre VI.

### DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

BURGESS, à propos de 80 cas d'hémorragie rétroplacentaire, a noté 76 cas avec hémorragie externe et 4 cas où l'hémorragie était strictement interne. Ces 4 derniers sont morts tandis qu'il n'y eut que 3 décès chez les premiers. Il est souvent difficile d'en trouver l'étiologie ; dans 16 cas, il y avait toxémie gravidique, cette toxémie existait dans les 7 cas mortels. A l'examen, il a constaté que la dureté ligneuse n'était pas constante mais qu'il y avait une certaine dureté de la paroi qui empêchait de palper le fœtus. Le traitement, dans les cas d'hémorragie interne, est intervention de suite et de préférence par voie abdominale.

BALARD, ayant pu réunir un certain nombre d'observations où la tension artérielle avait été prise avant l'apparition du syndrome, a pu vérifier l'hypothèse déjà admise que l'hémorragie rétro-placentaire correspondait à un coup d'hypertension.

HENRY, à propos d'un cas de décollement placentaire, fait remarquer que ce décollement s'accompagne presque toujours de signes d'intoxications gravidiques : éclampsie, albuminurie,

#### BIBLIOGRAPHIE.

AUDEBERT et FOURNIER. Apoplexie utéro-placentaire. Hystérectomie. (*G. O.*, fév. 1925, p. 81.) — BALARD. La tension artérielle et le pouls dans l'hémorragie rétro-placentaire. (*Gaz. Hebd. sc. méd.* Bordeaux, 13 déc. 1923.) — BURGESS. Les hémorragies du dernier trimestre de la gestation. (*A. J. O. G.*, juillet 1925, p. 49.) — EPARVIER. Récidive de décollement prématuré du placenta. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 324.) — J.-R. HENRY. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Marseille méd.*, 5 sept. 1925.) — E. WITT. Rupture spontanée du placenta à la suite du décollement prématuré. (*Z. f. G.*, 1<sup>er</sup> août 1925.)

### Chapitre VII.

#### VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

**Étiologie.** — Les cas de vomissements graves observés au cours de la gestation sont dus, d'après TITUS, à une déficience en hydrates de carbone. L'organisme maternel exige beaucoup plus de glucose que celui de la femme non enceinte, s'il est privé de glycose, il s'installe de l'insuffisance hépatique, et apparaissent les accidents toxémiques.

LEVEN prétend au contraire que les vomissements graves ont pour substratum un trouble morbide d'un organe quelconque et, presque toujours, d'un organe du tube digestif : l'aérophagie est un de ces troubles. Quant aux lésions hépatiques et rénales, données comme signes d'une auto-intoxication, elles seraient secondaires à l'inanition et aux erreurs thérapeutiques prolongées pendant plusieurs semaines.

CAPLESKO considère les troubles digestifs des premiers mois de la gestation et plus particulièrement les vomissements comme étant causés par une appendicite chronique : sur douze cas, il a opéré

quatre fois et a constaté la cessation complète des troubles après appendicectomie (1).

**Traitement.** — TITUS applique le traitement suivant : dans les cas légers, on donne à la malade une alimentation riche en hydrates de carbone ; dans les cas moyens, avec vomissements abondants, mais sans troubles de l'état général, on nourrit la malade au moyen d'une solution de glycose *per os*, de jus de fruit, etc..., et on donnera du chloral ou du bromure. Si l'état devient grave, on aura recours aux injections intraveineuses glucosées à la dose de 50 à 70 grammes de glucose chimiquement pure en solution à 25 pour 100. Ces injections pourront être répétées trois fois par jour.

THALHEIMER associe l'insuline au traitement glucosé ; il injecte 10 grammes de glucose à 1 pour 100 à la dose de 200 à 300 centimètres cubes par heure, puis il fait 10 unités d'insuline sous-cutanée, injection qu'il répète trois fois pendant l'administration d'un litre de sérum glucosé. Les résultats, obtenus par TITUS avec cette méthode, n'ont pas été meilleurs qu'avec le glucose seul.

GREENHILL traite les cas légers par une diététique convenable, les cas graves par l'isolement et la psychothérapie et exceptionnellement par l'avortement.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- ATLEE. Traitement des vomissements graves de la gestation. (*Canad. med. Ass. J.*, avril 1925.) — CABANES. Oxygène sous-cutané et vomissements gravidiques. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — CAMARGO. Traitement des vomissements incoercibles de la gestation. (*Rev. gyn. obst. Brasil*, mai 1925.) — CAPLESCO. Les vomissements de la grossesse seraient souvent d'origine appendiculaire. (*Soc. de chir.*, séance 4 nov. 1925.) — CHOMÉ et LAFFONT. Un cas de vomissements graves traités par l'isolement. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 460.) — DETERMANN. Traitement par la faim des vomissements incoercibles de la gestation. (*Z. f. G.*, 19 sept. 1925.) — GREENHILL. Traitement des toxémies de la gestation. (*Illinois med. J.*, fév. 1925.) — HALL. Les vomissements de la gestation. (*Kansas med. soc. J.*, sept. 1925.) — HENROTAY. Traitement des vomissements incoercibles de la gestation. (*Bruxelles méd.*, 29 nov. 1925.) — G. LE FÈVRE. L'insuline dans les vomissements graves de la gestation. (*Michigan med. Soc. J.*, mars 1925.) — LEHMANN. Traitement opothérapique des vomissements de la gestation. (*Rev. Fr. gyn. obst.*, 10 sept. 1925.) — LE LORIER. Deux cas de vomissements graves de la gestation traités avec succès par la méthode d'Henrotay.

(1) Voir, BARBARO. Appendicite et gestation 1926, p. 36.

(*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 7.) — LEVEN. Aérophagie, son rôle dans les vomissements de la gestation. (*Bul. méd.*, 23 sept. 1925.) — LEVEN et COUDERT. Vomissements incoercibles de la grossesse, traités à la veille de l'avortement décidé, et guéris. (*Soc. de Thérapeut.*, 11 nov. 1925.) — MARCHBANKS. Les alcalins dans les vomissements de la gestation. (*Kansas med. Soc. J.*, nov. 1925.) — RUCKER. Traitement des vomissements de la gestation. (*Virginia med. Mouth.*, oct. 1925.) — THALHIMER. Insuline et glycose dans le traitement des vomissements incoercibles. (*A. J. O. G.*, mai 1925.) — TITUS. Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par les injections intraveineuses de glucose et le régime hydro-carboné. (*J. A. M. A.*, 15 août 1925.) — TOUPET. L'appendicite cause des vomissements incoercibles au cours de la gestation. (*J. de méd. Paris*, 21 nov. 1925.) — VALLOIS et COLL DE CARRERA. Trois cas de vomissements incoercibles de la grossesse. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 244.) — VIGNES. 1° La gastralgie des femmes enceintes. (*Concours méd.*, 4 janv. 1925.) — 2° Les ressources thérapeutiques que l'on peut employer au cours des vomissements graves observés au début de la gestation. (*Bul. gén. Thérapeut.*, janv. 1925.) — VORON et PIGEAUD. Vomissements incoercibles et kyste de l'ovaire. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 316.) — WEIDLING. Le glycose dans les vomissements de la gestation. (*Kansas med. Soc. J.*, nov. 1925.).

## Chapitre VIII.

### AFFECTIONS NERVEUSES ET ORGANES DES SENS

#### I. — AFFECTIONS NERVEUSES

GUEISSAZ. Un cas de myélite gravidique. (*G. O.*, juin 1925.) — HEBERER. La psychologie de la gestation. (*Z. f. G.*, fév. 1925.) — JAKOBY. Sur quatre cas de chorée de la gestation observés en Palestine. (*Z. f. G.*, 19 déc. 1925.) — SELITZKY. Cérébropathie et psychopathie de la gestation. (*Z. f. G.*, 12 sept. 1925.) — VORON et PIGEAUD. Deux observations d'encéphalite au cours de la grossesse avec mort du fœtus in-utéro. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 394.)

#### II. — ORGANES DES SENS

BLAIR. Troubles de la vue et gestation. (*Atlantic med. J.*, fév. 1925.) — BLUM et BARBARO. Troubles oculaires et grossesse. (*Progrès méd.*, 11 mars 1925.) — BOULAI. L'hémianopsie bitemporale de la grossesse. (*Th. Paris*, 1925.) — SCHAANNING. Papillo-rétinite et double décollement de la rétine au cours de la gestation. (*Norsk maj. Læge.* Christiania, fév. 1925.) — WAEGELI. Paralysie des oculo-moteurs intra-et post-partum. (*Bul. Soc. obst. gyn. Suisse romande*, janv. 1925.) — WHEELER. Les changements de la vue pendant la gestation. (*Med. J. Rec.* New-York, 18 mars 1925.)

## Chapitre IX.

# INFECTIONS ET INTOXICATIONS AU COURS DE LA GESTATION

## I. — INFECTIONS

DEBRÉ, LÉVY-SOLAL, NETTER et LONCHAMPS rapportent l'observation d'une varicelle chez une primipare au huitième mois, avec évolution rapide vers la mort, dans le coma. Ils pensent à une forme maligne évoluant sur un terrain spécial : la gestation. Les tissus touchés (peau et névraxe) sont d'origine ectodermique. Cela leur fait faire un rapprochement entre ce cas et les constatations récentes sur l'herpès et l'encéphalite, la vaccine cutanée et la neuro-vaccine.

### BIBLIOGRAPHIE.

BOWER et CLARK. Deux cas de leucémie mycloïde compliquée de grossesse. (*A. J. O. G.*, fév. 1925.) — DEBRÉ, LÉVY-SOLAL, NETTER et LONCHAMPS. Varicelle mortelle à forme comateuse d'emblée chez une femme enceinte. (*S. méd. Hôp.*, 4 déc. 1925.) — DHAIRYMAN. Traitement de la malaria au cours de la gestation. (*Indian med. gaz.*, avril 1925.) — FOWLER. Infections chroniques de la grossesse. (*A. J. O. G.*, juin 1925.) — GUIRAUDEN. Rougeole et grossesse. (*Réun. obst. gyn.* Montpellier, 2 déc. 1925.) — LANE-ROBERT. Constipation et gestation. (*Pract.* London, juin 1925.) — MINGARI. Purpura hémorragique et gestation. (*Riv. ost. gin. Prat.*, fév. 1925.) — MOTTA. Gestation, leishmaniose et paludisme. (*Rev. gyn. obst.* Brasil, n° 1, 1925.) — OHLSSON. Un cas de leucémie de la gestation. (*Act. gyn. Scand.*, 1925, p. 117.) — POUGET. Paludisme et grossesse. Forme quinine-résistante, stovarsol, guérison. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — RUSHMORE. Purpura et gestation. (*A. J. O. G.*, oct. 1925.) — SCAGLIONE. Les paratyphoïdes pendant la gestation. (*Riv. itali. gin.*, nov. 1925.) — VOZZA. Ankylostomiase et gestation. (*Ann. ost. gin.*, avril 1925.)

## II. — INTOXICATIONS

MERKLEN. WOLFF et RÉEB. Choc arsénobenzolique avec avortement consécutif. (*Réun. derm.* Strasbourg, 10 mai 1925.) — RIO. Intoxication tabagique pendant la gestation.

(*Ann. ostet. gin.*, avril 1925.) — Rosso et MORIEZ. Crise nitritoïde à détermination utéro-placentaire déterminée par un traitement arsenical à faible dose. (*Soc. méd. Climat. Nice*, 8 mai 1925.)

## Chapitre X.

### AFFECTIIONS PULMONAIRES

FORNERO rapporte deux cas de gestation ayant déclanché des crises d'asthme et dans lesquels l'amélioration fut instantanée dès l'évacuation de l'utérus. Il pense, comme un certain nombre d'auteurs, à des troubles endocriniens.

Mais de toutes les affections pulmonaires compliquant la gestation, c'est de la tuberculose dont on s'occupe le plus. MONCKEBERG et VERGARAK ont observé plus de 300 femmes tuberculeuses en état de gestation ; ils sont arrivés aux conclusions suivantes : la gestation aggrave la tuberculose en évolution dans la moitié des cas. L'avortement ne se trouve indiqué qu'au début de la gestation, avant le troisième mois, en présence d'une tuberculose aggravée mais restée curable et surtout pour les multipares où la tuberculose semble plus grave.

SALOMON et DE POTTER montrent que l'hypercholestérinémie habituelle à la grossesse ne fait pas défaut chez la femme tuberculeuse enceinte. Cependant, au cours de la gestation, la cholestérinémie donne peu de renseignements au point de vue pronostic, mais son augmentation après l'accouchement correspondrait à une aggravation de la tuberculose.

#### BIBLIOGRAPHIE.

ARLOING et DUFOURT. 1° Transmission par voie transplacentaire du virus tuberculeux filtrant d'origine humain. (*Acad. Sc.*, séance 23 nov. 1925.) — 2° Tuberculose et hérédité ; passage expérimental du virus filtrant tuberculeux de mère au fœtus. (*S. méd. Hôp. Lyon*, 8 déc. 1925.) — AUDEBERT et BAYLAC. Pneumothorax artificiel dans la grossesse compliquée de tuberculose pulmonaire. (*Soc. méd. chir. Toulouse*, 11 mars 1925.) — H. BURLESON. Tuberculose pulmonaire et gestation. (*Rev. gyn. obst. Brasil*, mai 1925.) — COURMONT. Tuberculose et grossesse, pneumothorax artificiel. (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 16 juin 1925.) — DAUWE. Conservation de la grossesse

chez la femme enceinte tuberculeuse. (*R. Belge de la Tuber.*, oct. 1925.) — DUBROW. Tuberculose pendant la gestation et terminaison par un pneumothorax spontané avant le travail. (*Amer. Rev. Tuber.*, juillet 1925.) — FORNERO. La gestation, cause essentielle d'asthme habituel. (*Riv. Itali. gin.*, mars 1925.) — GONZALEZ. Un cas de tuberculose pulmonaire compliquant une gestation à terme. (*Bol. Soc. gin. obst. Buenos-Aires*, 20 sept. 1925.) — HALIPRÉ. Tuberculose et grossesse. (*Normandie méd.*, 1<sup>er</sup> mars 1925.) — KRAMER. Tuberculose pulmonaire et gestation. (*Z. f. G.*, 28 mars 1925.) — MONCKEBERG et VERGARAK. La tuberculose chez la femme enceinte. (*G. O.*, 1925, p. 241.) — MAUS. Contribution à l'étude de l'hérédité de la tuberculose. (*Th. Montpellier*, 1925.) — MAZET. Tuberculose et grossesse. (*Th. Paris*, 1925.) — POMPANINI. Pneumothorax et gestation. (*Riv. Ital. gin.*, nov. 1925.) — PELLE. Pneumothorax artificiel et maternité. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, 29 mai 1925.) — RAIMONDI et GONZALEZ. Tuberculose et gestation. (*Rev. med. Latino-Amer.*, sept. 1925.) — SALOMON et DE POTTER. Sur la valeur pronostique de la cholestérinémie de la grossesse chez les femmes tuberculeuses. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 891.) — SCHOMBERG. Extirpation totale de l'utérus gravide en cas de tuberculose pulmonaire. (*Z. f. G.*, mars 1925, p. 732.)

## Chapitre XI.

### SYPHILIS ET GESTATION

**Etude clinique.** — NATHANSON insiste sur la notion classique et trop méconnue que la syphilis n'est pas le facteur le plus important des avortements pendant le début de la gestation, mais qu'elle est la cause principale des naissances prématurées et des mort-nés.

MERKLEN, WOLFF et REEB rapportent le cas d'une malade atteinte de roséole qui, au cours de son traitement, a fait un choc arsénobenzolique avec expulsion d'un fœtus mort, de six mois. Ils discutent l'origine de cet avortement.

**Diagnostic.** — BELDING, après examen clinique de 5 000 femmes enceintes, a conclu à la certitude de la syphilis dans 0,54 pour 100 des cas seulement et à la probabilité dans 1,70 pour 100 des cas ; tandis que le Wasserman lui a donné 9,20 pour 100 de réponses positives. NATHANSON pense aussi que le Wasserman est l'épreuve la meilleure pour déterminer la syphilis de la mère ; mais cette recherche dans le sang du cordon ne doit pas être la base de ce diagnostic chez le nouveau-né ; l'étude microscopique du placenta donne des résultats beaucoup plus évidents que la réaction sérologique.

Si le Wasserman a permis de diagnostiquer des cas de syphilis ignorées, LEMAIRE et LÉVY ont eu, dans des cas évidents de l'affection, des réponses négatives. Aussi à l'examen de laboratoire doit être associé un examen clinique méthodique (DEXEUS-FONT, BELDING, LEMAIRE et LÉVY).

**Traitement.** — LAWRENCE donne les résultats obtenus par le traitement antisypilitique dans 18 cliniques de l'état de New-York. Sur 65 femmes, 18 n'étaient pas en état de gestation quand on a commencé leur traitement ; elles avaient eu dans leurs antécédents 68 pour 100 d'avortements, les enfants des gestations conduites jusqu'à terme étaient morts en bas âge. Après traitement, les enfants naquirent sans tare, sauf quatre exceptions. Les 47 autres femmes étaient déjà en état de gestation au début du traitement ; dans leurs antécédents, on avait noté 31 pour 100 d'avortements et 13,5 pour 100 de mortalité infantile. Après traitement, il n'y eut que 13,5 pour 100 d'avortement et 11 pour 100 de mort-nés.

GALLIOT trouve le traitement par le bismuth plus pratique que le traitement arsenical ; il donne moins de risques et des résultats aussi bons quand il est employé à doses suffisantes. Dans certains cas cependant où il faut agir vite, il associe l'arsenic au bismuth.

COUVELAIRE estime que les arsenicaux donnent les meilleurs résultats et il n'a jamais observé d'avortement secondaire aux injections de novarsénobenzol.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- BELDING. La réaction de Wassermann chez la femme enceinte. (*A. J. O. G.*, fév. 1925.) — BONNET. Contagion syphilitique au passage. (*Lyon médical*, 19 avril 1925.) — BORY. Syphilis conceptionnelle et réaction de Bordet-Wassermann. (*Soc. de méd. Paris*, 25 avril 1925.) — COUVELAIRE. Traitement préventif de la syphilis congénitale. (*Pres. méd.*, 21 oct. 1925.) — DEXEUS-FONT. Les relations de la syphilis et de l'obstétrique. (*Revista med. Barcelone*, mars 1925.) — FORGAN-ROBERT. Traitement de la syphilis pendant la gestation. (*Brit. med. J.*, 1925, p. 829.) — GALLOT. Traitement de la syphilis dans les maternités. (*Th. Paris*, 1925.) — GALLIOT. 1<sup>o</sup> Grossesse, syphilis, bismuth. (*Bul. méd.*, 23 sept. 1925.) — 2<sup>o</sup> Syphilis et gestation. (*Nouv. J. des méd.*, oct. 1925.) — HALL. Traitement de la syphilis pendant la gestation. (*South. med. J.*, octobre 1925.) — KOLMER. Le mécanisme de l'immunité et de l'infection dans la syphilis congénitale. (*Atlant. med. J.*, août 1925.) — J. S. LAWRENCE. Prévention de la syphilis congénitale par traitement de la mère pendant la gestation. (*J. A. M. A.*, 7 fév. 1925.) — LE LORIER et GALLIOT. Gros-

sesse et syphilis. (*Bul. S. O. G.*, 12 janvier 1925.) — LEMAIRE et LÉVY. Les enseignements de la réaction de B.-W. au point de vue de la prophylaxie de l'hérédosyphilis. (*Paris méd.*, 10 janv. 1925.) — MARQUES et MUNOZ ARBAT. Étude clinique de la syphilis au cours de la puerpéralité. (*Rev. Esp. obst. gin.*, mai 1925.) — MARTIN. L'importance de la recherche de la syphilis pour l'obstétrique. (*Monat. geb. gyn.*, juin 1925.) — MATUSOVSKY. Syphilis et gestation. (*Monat. geb. gyn.*, mai 1925.) — MERKLEN, WOLFF et RÉEB. Choc arsénobenzolique avec avortement consécutif. (*Réun. dermat. Strasbourg*, 10 mai 1925.) — NATHANSON. Syphilis et gestation. (*Surg. gin. obst.*, sept. 1925, p. 320.) — POIRIER. Wassermann et grossesse. (*Bruxelles méd.*, 1<sup>er</sup> fév. 1925.) — TAYLOR et FOREST-SMITH. La syphilis cause d'avortement. (*J. obst. gyn. Brit. Emp.*, n° 3, 1925.)

## Chapitre XII.

### AFFECTIONS DES GLANDES ENDOCRINES

#### I. — DIABÈTE ET GESTATION

COUVELAIRE et LABBÉ rapportent une observation d'aggravation du processus diabétique au cours de la gestation. Le régime strictement réglé et le traitement à l'insuline ont rapidement amélioré l'état général et permis à la malade de mener jusqu'à terme sa gestation.

ANDÉRODIAS rapporte trois observations de femmes qui, pendant des grossesses successives, eurent de la glycosurie et ne purent mener aucune de leur gestation jusqu'à terme. Il s'agit probablement d'un diabète transitoire gravidique ; ce diabète est lié au développement du fœtus, puisqu'il cesse après évacuation de la cavité utérine. Il en discute son origine : surrénale ou hypophysaire.

SPRINGER fait remarquer que la gestation est rare chez les diabétiques ; d'après lui, 5 pour 100 seulement conçoivent et la moitié arrive au terme de leur gestation. Il confirme le fait que les enfants de diabétiques ont un poids et une taille dépassant la normale et rapporte deux cas où les enfants pesaient 5250 et 7000 grammes.

LABBÉ rappelle les différentes précautions à prendre au cours de la gestation chez la femme diabétique : si l'on se trouve en présence d'un diabète grave avec dénutrition et acidose, il est préférable d'interrompre la gestation dès le début. S'il n'y a aucun signe de dénu-

trition, l'avortement ne sera autorisé qu'en cas de vomissements graves compliquant la gestation ou en présence d'une aggravation du diabète que l'insuline et le régime ne peuvent refréner. Enfin au moment du travail, on interdira toute anesthésie générale et l'on terminera rapidement l'accouchement.

## BIBLIOGRAPHIE.

AMBARD, MERKLEN, SCHMID, WOLFF et ARNOVLJEVITH. Diabète grave chez une femme enceinte et diabète congénital chez l'enfant. (*Soc. méd. Hôp.*, 20 mars 1925.) — ANDÉRODIAS. Diabète transitoire au cours de la grossesse. (*Sud med. gyn.*, 15 avril 1925.) — APERT. Sur l'hirsutisme. (*Soc. méd. Hôp.*, 9 janv. 1925.) — COUVELAIRE et LABBÉ. L'insuline dans le diabète des femmes enceintes. (*Acad. med.*, 17 nov. 1925.) — FITZ et MURPHY. Diabète insuline et gestation. (*Boston med. surg. J.*, 10 déc. 1925.) — FRUHINSHOLZ. Grossesse et myxœdème. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 419.) — GUTIERREZ ALFARA. Gestation et goitre exophtalmique. (*Rev. med. Cir. Caracas*, janv. 1925.) — HENNEBERG et BICKEL. Diabète, grossesse et insuline. (*G. O.*, n° 1, 1925.) — LABBÉ. Traitement du diabète. (1925.) — PETERS. Les résultats du traitement par l'insuline dans un diabète au cours de la gestation. (*California West. med.*, octobre 1925.) — RATHERY. Diabète et grossesse. (*Prog. méd.*, 7 fév. 1925.) — SAZIAS. Thyroïdectomie dans le syndrome de Basedow et grossesse ultérieure. (*Th. Paris*, 1925.) — SPRINGER. Diabète et grossesse. (*Wien. klin. Woch.*, 8 oct. 1925.)

## Chapitre XIII.

## AFFECTIIONS HÉPATIQUES

PARTURIER signale la rareté de la colique hépatique au cours de la gestation, en comparaison de sa fréquence après l'accouchement. Il rapproche ce fait de ceux signalés par d'autres auteurs pour l'asthme, l'épilepsie et les chocs anaphylactiques. De cela, il fait un nouveau rapprochement entre le déterminisme de la colique hépatique et le choc protéinique.

## BIBLIOGRAPHIE.

G. GASPARROU. Suppuration hépatique d'origine probablement amibienne chez une femme enceinte de 5 mois. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — GROSS. Atrophie aiguë

du foie au cours, à la suite de la gestation. (*Monat. geb. gyn.*, fév. 1925.) — HOST. Tolérance aux hydrates de carbone dans la gestation. (*Lancet*, 1925, p. 1022.) — MESTRE. Insuffisance hépatique gravidique. (*Prensa med. Argentina*, avril 1925.) — PARTURIER. Colique hépatique, grossesse et immunité. (*Acad. méd.*, 30 janv. 1925.) — VERMELIN, LÉVY et HARTEMANN. Insuffisance hépatique aiguë et mort rapide du post-partum. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.)

## Chapitre XIV.

### AFFECTIONS RÉNALES ET URINAIRES

HYND, dans ses recherches sur l'albumine au moyen de la polarimétrie, arrive à la conclusion suivante : l'albumine urinaire n'est pas toujours semblable à elle-même. Dans les cas de néphrites gravidiques et de quelques éclampsies, l'albumine urinaire est semblable à celle du sérum humain ; tandis que dans la majorité des cas d'éclampsie, on serait en présence de lactalbumine. L'éclampsie pourrait s'expliquer ainsi : le passage de cette albumine étrangère provoquerait un choc chez les femmes non immunisées. La fréquence plus grande de l'éclampsie chez la primipare que chez la multipare est en faveur de cette théorie, la première gestation étant supposée devoir immuniser la femme.

HUNNER a étudié les rapports du rétrécissement inflammatoire de l'uretère avec la gestation. Souvent les symptômes révélateurs de cette affection apparaissent seulement à l'occasion d'une gestation et dans leur intervalle tout rentre dans l'ordre. Cette sténose peut se compliquer de pyélite, hydronéphrose ou lithiase rénale.

Sous le nom hydronéphroses de la gestation, GUÉRIN-VALMALE décrit la dilatation du bassinet et de l'uretère sous l'influence comprimante de l'utérus gravide. Au début, il n'y a pas d'infection, mais rapidement cette urine stagnante s'infecte et détermine une pyélonéphrite. Le traitement qui découle de cela est d'abord d'éviter l'infection en traitant la constipation et en prescrivant des antiseptiques urinaires ; en cas d'infection déclarée, le mieux est d'avoir recours au cathétérisme de l'uretère qui lui a donné d'excellents résultats.

En deux années, MC CLELLAND a traité treize cas de pyélonéphrites,

dont onze étaient dues au colibacille. Il a essayé sans grand succès, d'ailleurs, de mettre les malades en position inclinée en soulevant les pieds de leur lit, afin que l'utérus gravide cesse de comprimer les uretères. Il prescrivit les sels alcalins à hautes doses ; les vaccins furent utilisés ainsi que le cathétérisme des uretères qui lui a donné de bons résultats. RUSH a aussi employé dans six cas le cathétérisme et le lavage des uretères, il a constaté que l'eau stérilisée lui a donné d'aussi bons résultats que le nitrate d'argent.

L'importance du colibacille, dans la pathogénie des pyélonéphrites gravidiques, nous fait un devoir de signaler les importants travaux de VINCENT. Il a précédemment montré que l'élimination urinaire du *B. coli* est d'origine sanguine. Lorsque la guérison de la colibacillémie est survenue, le bacille peut persister dans l'urine pendant de nombreuses années avec ou sans pyurie. Il est très difficile de l'en faire disparaître. Il résulte de ses expériences chez les animaux immunisés contre le colibacille que l'anticorps spécifique ne subit qu'un court passage dans l'urine et n'y existe, à ce moment, qu'en proportion très minime. C'est pourquoi le bacille peut persister pendant si longtemps dans l'urine et c'est aussi pour cette raison que la vaccinothérapie, chez ces malades atteints de colibacillurie ancienne, ne donne pas de résultats appréciables ; on constate seulement, après ces vaccinations, une diminution passagère du nombre des bacilles qui répond, peut-être, à la courte phase pendant laquelle l'urine renferme des traces de sensibilisatrice.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- CAOUPETTE. Pyélonéphrite gravidique. (*Bul. méd.* Québec, janvier 1925.) — CLELAND. Pyélites de la gestation. (*Canadian med. Ass. J.*, mai 1925.) — DARGET. Pyélonéphrites gravidiques et leur traitement actuel. (*Sud méd. Chir.*, 15 avril 1925.) — DAY. Les infections rénales pendant la gestation. (*Kentucky med. J.*, fév. 1925.) — GROSSE. Pyélonéphrite de la gestation et de la puerpéralité. (*Gaz. med. Nantes*, 15 fév. 1925.) — GUÉRIN-VALMALE. Hydronéphroses de la grossesse. (*Sud méa. Chir.*, 15 avril 1925.) — GUÉRIN-VALMALE et RATHELOT. Pyélonéphrite à bacilles paratyphiques au cours de la gestation. (*Réun. obst. gyn.* Montpellier, 4 fév. 1925.) — J.-E. HALL. Pyélonéphrite compliquant la grossesse après néphrectomie. (*J. A. M. A.*, 1925, p. 743.) — HILLIS. Le rôle du rein dans les toxémies de la gestation. (*Michigan state med. Soc. J.*, déc. 1925.) — HUNNER. Le rétrécissement de l'uretère en obstétrique en particulier dans ses rapports avec les avortements mul-

tiples et la pyélite de la grossesse. (*A. J. O. G.*, janv. 1925.) — HYND. Nature de l'albumine urinaire. (*Lancet*, 31 oct. 1925.) — JEANNIN. De la colibacillose au cours de la puerpéralité. (*Concours méd.*, 1<sup>er</sup> mars 1925.) — KABOTH. L'œdème au cours de la gestation. (*Arch. gyn.* Berlin, 12 déc. 1925.) — KRETSCHMER. Dilatation de l'uretère et du bassin pendant la grossesse. (*J. A. M. A.*, 1925, p. 406.) — LAURENTIE. Albuminurie grave ayant résisté au régime lacté. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 7.) — LE LORIER et FISCH. Trois cas de pyélonéphrite avec cystite traités par le vaccin. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 440.) — LÉVY-SOLAL et MISRACHI. Quelques remarques sur le traitement de la pyélonéphrite gravidique (*Pres. méd.*, 4 fév. 1925.) — LÉVY-SOLAL, WEILL et LAUDAT. Un cas de diabète rénal avec boulimie au cours de la gestation. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 123.) — MARCOTTE. Contribution à l'étude des pyélonéphrites chez les femmes en état de gestation. (*Th. Paris*, 1925.) — MERKLEN et HUMBERT. Néphrite gravidique caractérisée par de l'azotémie et de l'hypotension. (*Strasbourg méd.*, 20 janv. 1925.) — MERKLEN, WOLF et OBERLING. Néphrites simultanées chez la mère et l'enfant. (*Acad. méd.*, 13 janv. 1925.) — NAUJOKS. 1° Que devient l'enfant en cas de pyélite maternelle? (*Z. f. G.*, 23 mai 1925.) — 2° Pyélite intra-partum. (*Munch. med. Woch.*, mars 1925, p. 433.) — RAWLS. Les pyélites de la gestation. (*Virginia med. month.*, oct. 1925.) — RHENTER. Manifestations tardives et précoces des pyélonéphrites au cours de la puerpéralité. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 311.) — RUSH. Traitement de la pyélite de la grossesse. (*Surg. Gyn. obst.*, mars 1925.) — SCHULCZ. Un cas d'infection purulente du bassin rénal pendant la gestation. (*Z. f. G.*, 5 déc. 1925, p. 2774.) — SCHWAB et JARDIN. Contribution au traitement de la pyélonéphrite gravidique, par un auto-vaccin administré par voie buccale. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 442.) — SCHWARZKOPF. Œdème peu banal pendant la gestation. (*Z. f. G.*, 5 sept. 1925, p. 2037.) — TORRES. Un cas de néphrite et gestation. (*Rev. Espan. obst. gyn.*, avril 1925.) — VINCENT. Sur la pathogénie de la colibacillurie. (*Acad. Sc.*, 9 fév. 1925.) — VORON et BANSSILLON. Mort rapide au cours d'une albuminurie gravidique. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 390.)

## Chapitre XV.

### AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

WAGNER passe en revue les accidents cardiaques pendant la gestation, l'accouchement et le post-partum. Il rappelle que, pendant la gestation et l'accouchement, les accidents sont beaucoup plus fréquents dans les rétrécissements que dans les insuffisances, bien qu'il n'y ait rien d'absolu. Pendant le travail, il attache une grosse importance aux contractions douloureuses dans la production des accidents,

aussi propose-t-il l'anesthésie générale pendant l'accouchement ; le meilleur étant, pour lui, l'éther ou l'éthylène. Quant aux accidents du post-partum, il trouve exagéré de les prétendre, comme le soutient FREY, plus fréquents que ceux de l'accouchement.

## BIBLIOGRAPHIE.

BARDIN. Quelques considérations sur la phlegmatia alba dolens au cours de la gestation. (*Th. Paris*, 1925.) — BEGHIN. Œdème aigu du poumon au début du travail. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 471.) — BIERRING. Gestation et cardiopathie. (*Ugeskrift for Læger*. Copenhague, 29 janv. 1925.) — DECOR. Grossesse et cardiopathies. (*Th. Paris*, 1925.) — GAUTHIER. Contribution à l'étude des rapports des accidents gravido-cardiaques et de l'intoxication gravidique. (*Th. Paris*, 1925.) — LETOURNEUR. Les petites hypertensions d'alarme au cours de la grossesse. (*Th. Paris*, 1925.) — LE LORIER. Hypertension transitoire. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 357.) — TOUNKING. Sténose mitrale pendant la grossesse, opération césarienne. (*Brit. med. J.*, 1925, p. 967.) — G.-A. WAGNER. La mort par le cœur dans la grossesse et l'accouchement. (*Medizinische Klin.*, 24 juill. 1925.)

## Chapitre XVI.

## MOLE HYDATIFORME

B. BELL rapporte un cas de rétention molaire ayant duré dix mois. D'AMBERT DE SÉRILHAC a constaté une grande fréquence de môle hydatiforme au Tonkin, mais la rareté de sa transformation maligne ; de même ROTON et VIELLE font remarquer le fait semblable en Cochinchine. Ces derniers auteurs présentent l'histoire d'une femme opérée pour un fibrome au cours d'une gestation et dans l'utérus de laquelle ils trouvèrent une môle volumineuse.

## BIBLIOGRAPHIE.

AMBERT DE SÉRILHAC. Môle hydatiforme. Paludisme, colique néphritique. (*Bul. Soc. méd. chir. Indo-Chine*, mai 1925.) — BARDON-BOURSIER et DE GROG. Chorion-épithéliome de l'utérus à évolution rapide, secondaire à une môle hydatiforme. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 375.) — BAZAN. Môle hydatiforme à répétition. (*Bul. Soc. obst. gin. Buenos-Aires*, déc. 1925.) — BÉGHIN. Trois cas de môle hydatiforme. (*Bul. S. O.*

G., n° 9, 1925.) — BELL. Rétention prolongée de môles hydatiformes dans l'utérus. (*J. obst. gyn. Brit. Emp.*, n° 2, 1925.) — BRAU-TAPIE. Sur un cas de môle hydatiforme. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — COUVELAIRE et LEVANT. Môle vésiculaire, chorio-épithéliome, hystérectomie. (*Bul. S. O. G.*, 1925.) — ESSEN-MOLLER. Prognostic et traitement de la môle hydatiforme. (*Monast. geb. gyn.*, juin 1925.) — KLEIN. Grossesse molaire de huit mois. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — LÉVY-SOLAL, DUPONT et MÉRAT. Hystérectomie, précoce après l'expulsion d'une môle présumée maligne. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 352.) — MAZET. Môle hydatiforme perforante. (*Soc. Nat. méd. Sc. méd. Lyon*, 9 déc. 1925.) — R. MESTRE. Môle hydatiforme et néphrite aiguë. (*Bul. Soc. obst. gin. Buenos-Aires*, mai 1925.) — ROTON et VIELLE. Un cas de môle hydatiforme. (*Bul. Soc. méd. chir. Indo-Chine*, avril 1925.) — SELLERS. Deux cas de môle hydatiforme. (*New-Orléans gyn. obst. Soc.*, 16 avril 1925.)

## Chapitre XVII.

### HYDRAMNIOS

ANDÉRODIAS et ROCHE. Grossesse hydramniotique dans un utérus fibromateux. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 362.) — HERMANN CLAUDITZ. Hydramnios. (*Z. f. G.*, 28 nov. 1925.) — ORTHNER. Hydramnios aiguë et chorio-épithéliome. (*Z. f. G.*, 25 avril 1925.) — RHENTER et PUIG. Méningocèle au cours d'une grossesse gémellaire avec hydramnios. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 309.) — VORON, CHARLEUX et BAUSILLON. Hydramnios, anencéphalie. Suites de couches avec manifestations fébriles d'origine vraisemblablement spécifique. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 170.)

## Chapitre XVIII.

### AUTRES MALADIES DE L'ŒUF

ALBERTIN. Deux cas de déciduome malin à éclosion tardive. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 731.) — BEGHIN. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du placenta. (*Th. Lille*, 1924-1925.) — LAURENTIE. Absence à peu près complète de liquide amniotique. Noyaux hémorragiques placentaires. Mort rapide du fœtus pendant le travail. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 493.) — MAXWELL. Tumeurs du placenta. (*China med. J.*, déc. 1925.) — MORVILLE. Un tératome placentaire. (*G. O.*, janvier 1925.) — ROSENSTEIN. Histologie et clinique des polypes du placenta. (*Gyn. gesell. Berlin*, 25 oct. 1925.) — THOMAS. Tumeurs du placenta. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 341.) — TOLDY. Tumeurs placentaires. (*Z. f. G.*, 17 oct. 1925.)

## Chapitre XIX.

### TUMEURS ET GESTATION

#### I. — CANCER UTÉRIN ET GESTATION

AUDEBERT et GARIPUY. Traitement du cancer du col et du vagin pendant la grossesse. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 479.) — FEDERICI. Néoplasme utéro-vaginal et gestation au septième mois. (*Riv. ost. gin. Prat.*, 1<sup>er</sup> déc. 1925.) — MURET. Utérus gravide de 2 mois sans lésions extirpé à cause d'un polype carcinomateux du col. (*Soc. obst. gyn. Suisse Romande*, janv. 1925.) — WEIBEL. Cancer du col utérin et gestation. (*Wien. Klinische Woch.*, 17 sept. 1925.)

#### II. — FIBROME ET GESTATION

**Etude clinique.** — La coïncidence du fibrome et de la stérilité est fréquente, le fibrome rendant la gestation souvent impossible. RECASENS a constaté qu'en cas de gestation compliquée de fibrome, il y avait souvent augmentation de volume du fibrome et que fréquemment le fibrome, de pelvien devient abdominal, et ainsi ne gêne plus l'accouchement. Pour lui, les complications : sphacèle, infection ou torsion sont rares. BLAND, au contraire, insiste sur la fréquence de la nécrose des fibromes au cours de la gestation. La douleur avec sensibilité locale est le symptôme le plus constant ; mais il y a en général une fièvre légère due à la résorption.

Dans un travail clinique, VIGNES rapporte, à titre didactique, trois observations qui illustrent certaines possibilités de l'association fibrome et gestation. Dans la première, il y avait de grosses masses fibromateuses qui n'empêchèrent pas une gestation ; dans la seconde, une myomectomie permit de conjurer un avortement menaçant, comme il s'en était produit un aux deux gestations précédentes ; dans la troisième, des signes qui rendaient probable la dégénérescence d'un fibrome incitèrent à pratiquer une myomectomie d'un fibrome nécrosé qui permit la continuation de la gestation.

**Diagnostic.** — GOULLIoud pense qu'en présence d'une femme jeune il faut avoir la mentalité obstétricale et penser toujours à la gestation chez une femme qui perd. Chez la femme plus âgée, il faut prendre la mentalité chirurgicale et penser au fibrome parce que ce dernier, bénin chez les femmes relativement jeunes, devient dangereux chez les femmes plus âgées.

COTTE, LATREILLE et DECHAUME en intervenant chez une femme, chez laquelle on avait diagnostiqué un fibrome, trouvèrent un utérus qui semblait gravide. En incisant l'ovaire, où semblait siéger un corps jaune, comme le conseille DE ROUVILLE, ils constatèrent l'absence du corps jaune gravidique et pratiquèrent l'hystérectomie. A l'examen de la pièce, on constata qu'il s'agissait bien d'un utérus gravide mais que le fœtus était mort.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- ALECSIU. Polypes fibreux de l'utérus et gestation. (*Th. Paris*, 1925.) — ANDÉRODIAS et LOUBAT. Tumeur variqueuse douloureuse du ligament large pendant la grossesse et fibromes utérins. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 464.) — BLAND. Fibrome et gestation. (*Surg. gyn. obst.*, mars 1925.) — BRINDEAU. Les fibromes utérins compliqués de grossesse. (*J. méd. chir. prat.*, oct. 1925.) — COMMANDEUR et PATEL. Fibromes utérins multiples. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 317.) — COTTE et GONNET. Volumineux fibrome inclus dans le ligament large droit. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 177.) — COTTE, LATREILLE et DECHAUME. Fibrome et grossesse arrêtée. (*Soc. nat. méd. sc. méd.* Lyon, 18 mars 1925.) — DEFOULLOY. Contribution à l'étude de la myomectomie abdominale dans les fibromes gravidiques. (*Th. Paris*, 1925.) — DENIS. Myomectomie au cours de la grossesse. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — FERRÉ. Deux cas de grossesses compliquées de fibromes. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — FORGET-URION. La gestation chez les fibromateuses. (*La gyn.*, oct. 1925.) — GAUJOUX. Histoire obstétricale d'un utérus avec fibromes multiples traités antérieurement par rayons X. (*Réun. obst. gyn.* Montpellier, 9 juin 1925.) — GOULLIoud. Fibrome et grossesse. (*Lyon méd.*, 1925, p. 492.) — GROSSE. 1° Fibrome et grossesse. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 7.) — 2° Fibrome nécrobiosé, procidence du cordon, opération césarienne suivie d'hystérectomie. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 7.) — HERBERT R. SPENCER. Myome infecté compliquant la grossesse. (*Brit. med. J.*, oct. 1925.) — LOUBAT. Deux observations de fibrome en nécrobiose au cours de la gestation. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 372.) — MÉRIEL. Polyfibromatose utérine et avortement à répétition. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 7.) — MICHON. Fibrome et grossesse de 3 mois. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 387.) — MICKULICZ-RADECKI. Myome sous-séreux cause d'iléus au cours de la gestation. (*Gesell. geb. gyn.* Leipzig, 7 déc. 1925.) — MIRCOUCHE. A propos de la myomectomie pendant la gestation. (*Th. Paris*, 1925.) — MOSHER. Incompatibilité

de la gestation et fibrome de l'utérus. (*Amer. Ass. obst. gyn. Abd. Surg.*, 16 sept. 1925.) — J. PAREDES. Gestation dans un utérus myomateux. (*Bol. Soc. cir. Chile*, 1925, n° 1.) — PAUCOT. Torsion d'un fibrome au cours de la grossesse. (*Bul. S. O. G.*, n° 7, 1925.) — RECASENS. Myome et gestation. (*Rev. Espan. ost. gyn.*, janv. 1925.) — REEB. Grossesse et accouchement quatre ans après triple myomectomie abdominale. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 345.) — VIGNES. Trois faits cliniques de fibromes et gestation. (*Semaine hop.*, 1925.) — VIOLET. Fibrome et gestation. (*Soc. Nat. méd. Sc. méd. Lyon*, 6 mai 1925.) — WORGER. Fibrome de l'utérus enlevé au cours de la gestation. (*Lancet*, 7 mars 1925, p. 490.)

### III. — TUMEURS DE L'OVAIRE ET GESTATION

BASIN. Tumeur maligne de l'ovaire et gestation chez une fille de 15 ans. (*Calcutta méd. J.*, janv. 1925.) — INGRAHAM. Tumeurs de l'ovaire et gestation. (*A. J. O. G.*, déc. 1925.) — HERBERT B. SPENCER. Tumeurs ovariennes compliquant la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral. (*Brit. med. J.*, 13 mars 1925.) — HITZANIDES. Traitement des kystes de l'ovaire pendant la grossesse avec trois observations. (*Practios iatros*, août 1925.) — HORRIDGE. Les tumeurs de l'ovaire comme complication obstétricale. (*Thèse Paris*, 1925.) — LAURENTIE. Kyste de l'ovaire et grossesse. (*Bul. S. O. G.*, n° 6, 1925.) — PEREZ et GUIROY. Rupture d'un kyste de l'ovaire à la fin de la grossesse. (*Bol. Soc. obst. gin. Buenos-Aires*, août 1925.) — RAZEMOND et BIZARD. Fibro-sarcome de l'ovaire droit, grossesse extra-utérine gauche. (*Réun. méd. Chir. Hop. Lille*, 16 mars 1925.) — RICEOUTO. Torsion d'un kyste dermoïde biloculaire au troisième mois de la gestation. (*Rev. ost. gin. Prat.*, 1<sup>er</sup> déc. 1925.)

### IV. — TUMEURS DU SEIN ET GESTATION

GAUTIER et GROUZELLE. Squirrhe pustuleux du sein à marche aiguë chez une femme enceinte. (*Réun. méd.-chir. Hôp. Lille*, 15 juin 1925.)

### V. — CANCER ET GESTATION

KOTZAREFF. Nœvo-carcinome de la région fessière droite et grossesse de 7 mois. (*Bul. Ass. Fr. étude Cancer*, 20 juillet 1925.) — MANSELL. 1° Carcinome du rectum compliqué de grossesse. (*Brit. med. J.*, 1925, p. 826.) — 2° Carcinome du rectum compliqué de gestation. (*Irish J. med. Sc.*, janv. 1925.) — PHILIPP. Cancer et gestation. (*Z. f. G.*, 15 août 1925, p. 1872.) — SOMMER. Gestation et cancer. (*Z. f. G.*, 4 avril 1925.) — VIGNE. Cancer et gestation. (*Biol. méd.*, janv. 1925.)

## Chapitre XX.

### AFFECTIONS CHIRURGICALES

#### I. — AFFECTIONS DU VAGIN ET GESTATION

ARLOTTA. Kyste vaginal fistulisé dans l'urèthre compliquant la gestation. (*Riv. ost. gin. Prat.*, 1<sup>er</sup> déc. 1925.) — COMMANDEUR et GAUCHERAND. Bartholinite et grossesse (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 174.) — CONQUIL. Des kystes du vagin dans les rapports avec la grossesse et accouchement. (*Th. Toulouse*, 1925.) — HONTON. Conduite à tenir dans les collections suppurées de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. (*Th. Bordeaux*, 1924-1925.)

#### II. — INFECTIONS DES ANNEXES

CAPETTE rapporte un cas de salpingite chez une femme enceinte de six mois dont les crises répétées entraînèrent un accouchement prématuré. COUVELAIRE en rapporte un autre cas : une femme en état de gestation de 3 mois, présentant une grosse poche purulente salpingienne, est opérée ; elle fait ensuite au septième mois un accouchement prématuré ; cinq ans après, elle a une nouvelle gestation qui évolue jusqu'à terme.

#### BIBLIOGRAPHIE.

AUVRAY. Salpingite purulente et grossesse. (*Bul. S. O. G.*, 12 janvier 1925.) — CAPETTE. Salpingite et grossesse. (*Bul. S. O. G.*, 9 mars 1925.) — CAPETTE et DÉVÉ. Grossesse au 7<sup>e</sup> mois et salpingite insoupçonnée. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 202.) — CAPETTE et SUREAU. Grossesse au 6<sup>e</sup> mois, salpingite insoupçonnée ayant provoqué un accouchement prématuré. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 206.) — COUVELAIRE. Salpingite et grossesse. (*Bul. S. O. G.*, 9 mars 1925.) — LAURENTIE. Salpingite et grossesse. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 494.) — PAUCOT. Salpingostomie, grossesse consécutive. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 473.)

### III. — ACCIDENTS MÉCANIQUES DE L'UTÉRUS GRAVIDE

#### I. RÉTROVERSION UTÉRINE.

FOTITCH. Enclavement de l'utérus rétrofléchi grévde au quatrième mois. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 288.) — SCHWARZENBACH. Traitements opératoires des positions vicieuses de l'utérus grévde. (*Z. f. G.*, 12 sept. 1925.)

#### II. RUPTURE UTÉRINE PENDANT LA GESTATION.

ISBISTER. Rupture de l'utérus grévde. (*Med. J. Australia*, 28 février 1925.) — HEFFERMAN. Rupture utérine à terme d'un utérus antérieurement césarisé. (*Boston med. surg. J.*, 29 oct. 1925.) — HELLENDALL. Rupture spontanée en cas de position transverse et la paroi de l'utérus étant touchée par des inflammations antérieures. (*Z. f. G.*, 14 mars 1925.) — HOEHNE. Étiologie et diagnostic des ruptures de l'utérus grévde. (*Z. f. G.*, janvier 1925, p. 152.)

### IV. — APPENDICITE ET GESTATION

BARBER et MILLER. Appendicite aiguë pendant le travail, opération, guérison. (*Boston med. surg. J.*, 13 oct. 1925.) — BOURY. Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la grossesse. (*Th. Paris*, 1925.) — CAPLESCO. Appendicite latente au cours de la grossesse. (*Bul. Soc. chir.*, 4 nov. 1925.) — PAUCHET. Grossesse, appendicite et Basedow. (*Soc. des chirurg.* Paris, 6 nov. 1925.) — ROYSTON. Appendicite et gestation. (*A. Ass. obst. gin.*, 16 sept. 1925.) — TÊDENAT. Appendicite chez la femme enceinte. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 237.)

### V. — AFFECTIIONS INTESTINALES

ANDÉRODIAS. Grossesse chez une femme atteinte de mégacôlon. (*Soc. méd. chir.*, 2 janv. 1925.) — MOCK. Occlusion intestinale et gestation. (*Th. Munich*, 1925.) — STORK. Gestation et invagination intestinale. (*Monat. geb. gyn.*, avril 1925, p. 112.)

### VI. — LAPAROTOMIE ET GESTATION

JUGE. Des indications des interventions chirurgicales pendant la gestation. (*Th. Paris*, 1925.) — MOGLIA. Gestation et adhérences post-laparotomiques. (*Rev. Fr. Gyn. obst.*, 10 nov. 1925.) — PERAIRE. Les interventions abdominales au cours de la gestation (*Soc. Chirurghiens. Paris*, 27 mars 1925.)

## Chapitre XXI.

### MORT DU FŒTUS IN UTERO

VIGNES, à propos d'une rétention d'œuf mort, insiste sur l'intérêt de l'abstention de toute intervention sauf en cas d'œuf ouvert. Il s'élève contre le diagnostic trop commode de syphilis et souligne l'importance des endométrites et en particulier de celles qui sont dues à des troubles endocriniens.

MOROSOFF communique l'observation d'un fœtus unique parcheminé. Cette éventualité, rare en cas de fœtus unique, est plus fréquente dans les gestations gémellaires univitellines.

#### BIBLIOGRAPHIE.

BROWNE. Anomalies du cordon ombilical causes de mort in-utéro. (*J. obst. gyn. Brit. Emp.*, 1925, p. 17.) — COMMANDEUR et DAUJAT. Rétention de l'œuf mort et tumeurs polypiformes du placenta. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 307.) — CUGUILLÈRE. Des indications opératoires dans les cas de rétention de l'œuf mort. (*Th. Toulouse*, 1925.) — DEMARET. De l'évolution des toxémies gravidiques après la mort in-utéro. (*Th. Paris*, 1925.) — HIPSLEY. Mortalité in utero et néo-natale. (*Med. J. Australia*, 20 fév. 1925.) — LUTTGE et MERTZ. Réactions placentaires et fœtales. (*Deut. Mediz. Woch.*, 23 fév. 1925, p. 143.) — MOROSOFF. Un cas de fœtus parcheminé. (*Travail fait à la maison d'accouchement Gravnermann*, Moscou, 1925.) — VIGNES. 1° Rétention fœtale in-utéro. (*Progrès méd.*, 9 mai 1925.) — 2° Un cas de rétention fœtale in-utéro. (*Bulletin de la Soc. médicale du X<sup>e</sup> arrondissement*, 5 janv. 1925.)

## Chapitre XXII.

### RADIUM, RAYONS ET GESTATION

#### I. — LA RADIO-PELVIMÉTRIE

ARCHANGELSKI, à l'aide de la stéréoradiopelvigraphie, obtient les contours du pelvis et de la tête fœtale. Il peut en mesurer les dimensions exactes ; puis, faisant une série de plaques, il se flatte de prévoir le mécanisme exact de l'accouchement.

## II. — LA RADIOTHÉRAPIE DE LA MÈRE PENDANT LA GESTATION

NOBELE et LAMS ont étudié les effets de la radiothérapie sur la gestation et le fœtus. Ils ont constaté l'arrêt de développement du fœtus et la production de monstruosité. Ceci a une grande importance en vue de l'usage des rayons pour le traitement du cancer ou du fibrome pendant la gestation. ZAPPERT arrive à la même conclusion, se basant sur 32 observations, où des rayons de ROËNTGEN furent appliqués chez des femmes en état de gestation ; il a constaté que la moitié des enfants étaient anormaux à leur naissance<sup>(1)</sup>.

### BIBLIOGRAPHIE.

ARCHANGELSKI. Une nouvelle méthode de mesure du pelvis et de la dimension du fœtus. (*Arch. gyn.* Berlin, juin 1925.) — BOWER et CLARK. Deux cas de leucémie myéloïde compliquée de grossesse, traités par applications de radium. (*A. J. O. G.*, fév. 1925.) — FLASKAMP. Action nocive de la radiumthérapie directe ou indirecte sur le fœtus. (*Z. f. G.*, 30 mai 1925.) — KRAUL. Action nocive des rayons de Roëntgen sur le fœtus. (*Z. f. G.*, 29 août 1925, p. 1945.) — MEINER. Gestation après applications irritantes de rayons de Roëntgen. (*Z. f. G.*, 28 mars 1925, p. 682.) — NOBELE et LAMS. Radiothérapie et gestation. (*J. A. M. A.*, 6 juin 1925.) — THOMS. 1° Nouvelle méthode pour déterminer l'aire du détroit supérieur par les rayons X. (*New-York obst. Soc.*, 10 fév. 1925.) — 2° Pelvimétrie du détroit supérieur au moyen des rayons X. (*J. A. M. A.*, 1925, p. 253.) — ZAPPERT. Un traitement radiothérapie chez la mère, pendant la grossesse peut-il exercer une influence nuisible sur l'enfant ? (*Wien. Klin. Woch.*, 11 juin 1925.)

(1). Voir H. VIGNES et J. DAUPHIN. *L'année obstétricale* (travaux de 1924), p. VII.

---



## TROISIÈME PARTIE

### GESTATIONS MULTIPLES

VIGNES présente une étude statistique de la durée des gestations multiples dans l'espèce humaine et du rapport des poids des jumeaux. Il arrive aux conclusions suivantes :

1° la durée des grossesses gémellaires est plus courte de 20 jours en moyenne que celles des grossesses simples;

2° le poids du jumeau moyen est d'autant plus éloigné du poids du fœtus unique que la grossesse se rapproche du terme.

#### BIBLIOGRAPHIE.

ANDÉRODIAS et MAGNANT. Sur un cas de grossesse gémellaire avec perception de deux poches des eaux séparées par un sillon transversal. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 9.) — APERT. Maladies gémellaires. (*Rev. anthrop.*, juillet 1925.) — APERT, BARBARO, BLECHMANN, CORNIL et BERTILLON, DRUGEON, DUHAIL, FAVREAU, HERVÉ, SIFFRE et H. VIGNES. Les jumeaux. (*Rev. Anthrop.*, juillet-sept. 1925.) — BARBARO. La superfétation existe-t-elle? (*Rev. Anthrop.*, juillet 1925.) — BEUROI. Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — BLECHMANN. Difficulté de l'élevage des jumeaux. (*Rev. anthrop.*, juillet 1925.) — V. CATHALA. La superfétation existe-t-elle? grossesse gémellaire bivitelline avec retard de développement de l'un des œufs. (*Rev. Fr. gyn.*, 10 fév. 1925.) — DUJOL. Grossesse gémellaire dans un utérus double. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 9.) — FAVREAU. Augmentation du nombre des jumeaux depuis la guerre. (*Rev. Anthrop.*, juillet 1925.) — HAUTECHAUD. Grossesse gémellaire. Expulsion à deux mois d'un fœtus et à terme d'un enfant bien constitué. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 8.) — HEINONEN. Pathologie des jumeaux. (*Finska Lak. Handl.*, mars 1925.) — MAURY. Superfétation. (*Surg. gyn. obst.*, 1925, p. 642.) — PAQUET. Grossesse gémellaire intra et extra-utérine. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 9.) — PEREZ. Gestation trigémellaire. (*Bol. Soc. obst. gin.* Buenos-Aires, 30 avril 1925.) — RIVIÈRE. Placenta de grossesse gémellaire univitelline. (*Bul. S. O. G.*,

1925, p. 384.) — SIFFRE. La denture des jumeaux. (*Rev. anthrop.*, juillet 1925.) — VANVERTS. Grossesse gémellaire : malformations des deux fœtus. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 469.) — H. VIGNES. 1° Durée des gestations gémellaires (*Rev. anthrop.*, juillet 1925.) — 2° A propos des gestations multiples dans l'espèce humaine. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 854.) — YOUNG-JONES. Dégénérescence hydatiforme du placenta dans un cas de grossesse gémellaire. (*Edinb. obst. Soc.*, 1925.)

---

## QUATRIÈME PARTIE

### AVORTEMENTS

**Étiologie.** — DORIGA rapporte le cas d'une malade qui fit quatre avortements successifs au 3<sup>e</sup> mois. Ni la syphilis, ni l'endométrite, ni la néphrite n'étaient en cause. A la cinquième gestation, on lui prescrit un traitement à l'extrait de corps jaune, la malade donna à terme un enfant vivant de 3<sup>kg</sup>,250. DORIGA se rallie à l'hypothèse d'une atrophie prématurée du corps jaune qui, ne sécrétant plus les hormones nécessaires au développement du fœtus, entraînerait sa mort.

D'après HUNNER, les infections des voies urinaires consécutives au rétrécissement de l'uretère seraient une cause d'avortement, de mort du fœtus in utero ou d'accouchement prématuré.

L'action de divers toxiques sur la vitalité de l'œuf et des membranes a été étudiée par B. BELL, HENDRY et ANNETT. Le plomb a une action directe sur l'épithélium chorale. Il détermine des lésions du revêtement villositaire. La « dose abortive » est égale à la moitié de la « dose léthale ». Pour le cuivre, le thallium, le thorium à un moindre degré, l'action abortive n'est réalisée que grâce à une intoxication grave de la mère et par l'intermédiaire d'hémorragie peri-ovulaire.

**Étude clinique.** — PAUCOT rapporte trois cas de rétention in utero d'un œuf intact infecté à la suite de manœuvres abortives. Il insiste sur ce fait paradoxal que les manœuvres abortives peuvent procurer l'avortement c'est-à-dire l'interruption de la grossesse, la mort de l'œuf par infection, sans en provoquer ni la déchirure, ni l'expulsion.

**Diagnostic.** — HAYNES a étudié l'épreuve de la glycosurie phlozique dans trois cas d'avortement : deux fois, elle fut négative et

l'œuf qui était mort ne tarda pas à être expulsé ; une fois, elle fut positive ; malgré une hémorragie persistante, l'œuf encore vivant ne se décidait pas à se détacher.

**Traitement.** — GERSTMANN, sur 1 434 avortements, en a eu 842 cas avec fièvre ; quelle que soit la température, si l'infection n'a pas dépassé l'utérus, un curettage fut pratiqué. Dans ces cas, il eut 88,5 de guérisons, 3,55 de morts et 7,85 de complications. TUTTLE est partisan aussi de l'évacuation utérine dans l'avortement incomplet ordinaire ; plus tôt l'utérus est vidé, plus courte sera la convalescence. En cas d'avortement infecté, il préfère la méthode expectative.

FRANQUÉ, à propos de deux cas de rupture de l'utérus à la suite de curettage post-abortum, rappelle quelques points de la technique de cette intervention :

1° avant de faire un curettage, on doit avoir une dilatation du col suffisante pour admettre un doigt, et sous anesthésie faire un examen digital de l'utérus ;

2° le curettage instrumental ne sera permis qu'en cas d'avortement d'au moins neuf semaines ;

3° on ne fera pas complètement un curettage instrumental, le décollement doit être fait au doigt.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- BECHER. Traitement des avortements. (*Münch. med. Woch.*, sept. 1925.) — BELL, HENDRY et ANNETT. Action spécifique du Pb sur l'épithélium chorial de la lapine en contraste avec l'action du cuivre, du thallium et du thorium. (*J. obst. gyn. Brit. Emp.*, 1925, p. 1.) — BONNET et VADDER. Perforation utérine au cours d'un avortement provoqué. (*Soc. anat.*, 10 janv. 1925.) — DORIGA. Sur un cas d'avortement à répétition. (*Rev. Esp. obst. gyn.*, juillet 1925.) — ENGLERT. Influence de la durée de l'infection sur le cours d'un avortement fébrile traité activement. (*Z. f. G.*, 12 déc. 1925.) — FINCK. Traitement et pronostic des avortements apyrétiques. (*Deut. med. Woch.*, 6 nov. 1925.) — FLECHNER et QUAST. L'apparition du tétanos à la suite d'avortements criminels. (*Z. f. G.*, 2 mai 1925.) — FRANQUÉ. Quelques techniques du curettage post-abortum. (*Monat. gyn. geb.*, juin 1925.) — GERSTMANN. Statistique des avortements. (*Monat. geb. gyn.*, fév. 1925, p. 220.) — GONNET et MOREL. Septicopyohémie à staphylocoques avec localisations multiples après une fausse couche. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 322.) — GROSSE. A propos du curettage post-abortum. (*Rev. Fr. gyn. obst.*, 10 août 1925.) — HAYNES. L'épreuve de la phloridzine dans le diagnostic précoce de la gestation. (*Michigan med. Soc. J.*, fév. 1925.) — HUNNER. Le rétrécissement de l'uretère en obstétrique dans ses rapports avec les avortements

multiples. (*A. J. O. G.*, janv. 1925.) — JEANSELME et LEFÈVRE. Fausses couches, mortinatalité infantile ne sont pas toujours des signes indubitables de syphilis. (*Prog. méd.*, 12 déc. 1925.) — KATZ. Deux cas de perforations utérines d'origine criminelle. (*Z. f. G.*, 12 déc. 1925.) — KIRSTEIN. Pronostic et étiologie des fausses couches. (*Z. f. G.*, 27 juillet 1925.) — LANDE. Un cas d'avortement provoqué attribué à l'ingestion de plomb en nature. (*X<sup>e</sup> Cong. de méd. lég.* Lille, 25 mai 1925.) — LEDERMAN. Étude statistique et thérapeutique des avortements observés dans le service de Canolle. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — MAHLMANN. Sur le traitement d'un avortement fébrile non compliqué. (*Z. f. G.*, 12 déc. 1925.) — MATHÉ. L'avortement en Russie soviétique. (*Pres. méd.*, 21 fév. 1925.) — NISSEN RADMANN. Traitement intra-utérin de l'avortement fébrile. (*Z. f. G.*, 5 sept. 1925.) — PAUCOT. Complication infectieuse rare des manœuvres abortives. (*Echo méd. nord.*, 21 nov. 1925.) — RAESTRUP. Un cas extraordinaire d'avortement criminel. (*Z. f. G.*, 22 août 1925.) — RAMCKE. Avortement septique avec streptocoques anaérobies dans les sécrétions utérines et dans le flux sanguin. (*Z. f. G.*, 16 mai 1925.) — RIVET, JANY et HERBANI. Intoxication par le véronal. Avortement. (*Soc. méd. Hôp.*, 20 fév. 1925.) — ROUVILLE et MADON. A propos du traitement de l'avortement. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 410.) — STRANDINGER. Traitement des avortements fébriles. (*Z. f. G.*, 12 sept. 1925.) — TAYLOR et SMITH. La syphilis cause d'avortement. (*J. obst. gyn. Brit. Emp.*, n° 3, 1925.) — TUTTLE. Traitement de l'avortement. (*Surg. gyn. obst.*, 1925, p. 87.) — VANVERTS. Perforation du cul-de-sac antérieur et de la partie antérieure de l'utérus au cours d'une tentative d'avortement. (*Bul. S. O. G.*, n° 7, 1925.) — VIERNEISEL. Statistique d'ensemble des avortements fébriles. (*Z. f. G.*, 12 sept. 1925.) — VOLCKER. Infection mortelle par anaérobies au cours de l'avortement criminel, rappelant le tableau clinique du tétanos. (*Z. f. G.*, 18 juillet 1925.) — VOLLMANN. Avortement, maladie des masses populaires. (*Z. f. G.*, 17 oct. 1925, p. 2352.) — VONNEGUT. Étiologie de la fistule du col utérin en cas d'avortement. (*Z. f. G.*, 14 mars 1925, p. 608.) — WILLIAMS. Aspect clinique des avortements. (*Med. J. Rec.*, 18 mars 1925.) — ZEMPLÉNI. Corps étrangers dans la cavité péritonéale à la suite d'essais d'avortement. (*Z. f. G.*, 16 mai 1925, p. 1093.)

---



## CINQUIÈME PARTIE

### LA PARTURITION NORMALE

#### I. — LES CAUSES DE LA PARTURITION

BELSOR. Étude anatomique du mécanisme de la rupture de la poche des eaux pendant l'accouchement à terme et avant terme. (*Z. f. G.*, mars 1925, p. 644.) — F. LYON. Cas de travail précoce avec survie de l'enfant. (*A. J. O. G.*, déc. 1925.) — MAYER. Les facteurs constitutionnels de l'accouchement. (*Münch. med. Woch.*, 23 janv. 1925.) — ROBLOT. Étude sur l'heure à laquelle accouchent les femmes. (*Th. Paris*, 1925.)

#### II. — LA CONTRACTION UTÉRINE

SUN a étudié graphiquement les contractions spontanées de l'utérus à toutes les périodes de la gestation. La contraction utérine existe non seulement pendant la gestation, mais encore en dehors de la gestation ainsi qu'il a pu l'observer chez l'espèce animale et une fois chez un fœtus de six mois. Pendant la gestation, la contraction varie suivant les individus et suivant que l'on est au cours de la gestation, du travail ou du puerpérium.

L'auteur a pu apporter une démonstration précise de la passivité du segment inférieur.

Un cas curieux de contractions utérines indolores est rapporté par LEYEN : une primipare qui accoucha d'une manière rapide, s'était endormie au début de la dilatation et ne s'est réveillée qu'après la sortie de l'enfant ; l'auteur fait remarquer que cette femme avait grande peur des douleurs de l'enfantement ; aussi émet-il l'idée d'un cas d'auto-suggestion(?)

## BIBLIOGRAPHIE.

CASTAGNA. Contraction de l'utérus gravide. (*Policlin.* Rome, 5 oct. 1925.) — LEYNEN. Accouchement en dormant. (*La Gynécol.*, sept. 1925.) — MADON. Remarque sur la dilatation du col utérin au cours de l'accouchement. (*Réun. obst. gyn.* Montpellier, 2 déc. 1925.) — RENTHER. Diaphragme cervical observé pendant l'accouchement. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 167.) — SUN. Contractions spontanées de l'utérus en état de gestation. (*Johns Hopkins Hosp. Bul.*, avril 1925.)

## III. — MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

JEANNIN donne une étude de l'accouchement en occipito-postérieure. Les droites postérieures représentent un tiers des accouchements par le sommet. Les gauches postérieures sont rarissimes. Ces présentations sont habituellement eutociques; quand il y a dystocie, cela vient du manque de flexion au moment du dégagement. Si l'on intervient, il faut se méfier de l'enclavement qui bien souvent est secondaire à une manœuvre malheureuse. Il faut tout faire pour que le forceps soit un fléchisseur même imparfait, mais jamais un défléchisseur.

Sur 610 parturientes examinées par CARY et CASAGRANDE, il y en avait un dixième dont l'engagement n'était pas commencé au début du travail. L'engagement s'est fait ensuite sans accident pour la mère, il y eut une mortalité fœtale de 5 pour 100. En recherchant les causes de ce retard dans l'engagement, on a trouvé une grande fréquence de la position occipitale postérieure.

BRETZ rapporte le cas d'une rotation de l'axe de l'utérus. Au cours d'une césarienne, après incision médiane de la paroi abdominale et ouverture du péritoine, il est tombé directement sur la trompe et l'ovaire droit; il y avait une rotation de l'axe de l'utérus de 180°. Cette rotation ne put être corrigée; mais, après extirpation de l'enfant, spontanément l'utérus reprit sa place normale.

## BIBLIOGRAPHIE.

BRETZ. Rotation de l'axe de l'utérus pendant l'accouchement. (*Monat. geb. gyn.*, avril 1925.) — CARY et CASAGRANDE. Le non-engagement de la tête chez les primi-

pares au début du travail. (*J. A. M. A.*, mars 1925.) — DEMME. Existence et durée de la rotation. (*Z. f. G.*, fév. 1925, p. 338.) — HEINLEIN. Accouchement en position postérieure avec présentation de la tête en transverse. (*Z. f. G.*, 1925, p. 347.) — JEANNIN. L'accouchement en occipito-postérieure. (*J. Pract.*, 1<sup>er</sup> août 1925.) — VALLOIS et THOMAS. Mouvements des articulations du bassin chez la parturiente. (*C. R. Soc. Biol.*, 27 juin 1925.)

#### IV. — LES BRUITS DU CŒUR FŒTAL

L'auscultation des bruits du cœur fœtal est la meilleure méthode de déterminer l'état de l'enfant pendant le travail. L'auscultation sera faite, pendant le premier temps du travail, toutes les demi-heures ; pendant la seconde partie, toutes les cinq minutes.

BARTHOLOMEW, après avoir examiné plus de deux cents parturientes, arrive aux conclusions suivantes : le cœur bat pendant le travail entre 125 et 145 pulsations à la minute. Le nombre 120 est la limite de l'état normal. Quand on n'entend plus que 100 à 120 pulsations, il faut craindre la compression du cordon : soit autour du cou, soit procident. Si le cœur tend à devenir plus lent, c'est l'indication de l'asphyxie et la nécessité de faire un forceps.

Le ralentissement des bruits du cœur fœtal serait dû, selon Esch, à l'augmentation de la tension intra-crânienne par compression du crâne. Cette compression exciterait les centres vagues et ralentirait le cœur.

#### BIBLIOGRAPHIE.

BARTHOLOMEW. Interprétation clinique et importance des bruits du cœur fœtal pendant le travail. (*A. J. O. G.*, juillet 1925.) — ESCH. Influence de la pression intra-crânienne sur les bruits du cœur fœtal pendant l'accouchement. (*Monat. gyn. geb.*, juin 1925.)

---



## SIXIÈME PARTIE

# PARTURITION PATHOLOGIQUE

### Chapitre I.

## DYSTOCIE D'ORIGINE MATERNELLE

### I. — VICIATIONS PELVIENNES

EPARVIER. Bassin rétréci et cicatrices cervico-vaginales. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.)  
— FRABOULET. Les présentations de la face dans les rétrécissements du bassin. (*Th. Paris*, 1925.) — GUIROY. Bassin pseudo-ostéomalacique. (*Bul. Soc. obst. gyn.*, Buenos-Aires, nov. 1925.) — GUPTA. La pelvimétrie. (*Calcutta med. J.*, fév. 1925.) — MARTIN. Bassin rétréci, présentation du siège, pubiotomie. (*Normandie méd.*, août 1925.) — PALACIOS-COSTA. Un cas de dystocie complète césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 7.) — SANT'ANNA. Traitement chirurgical de la dystocie pelvienne. (*Revist. gyn. obst.*, oct. 1925, p. 371.)  
— STAPLETON. Mensurations pelviennes chez la femme indienne. (*Indian med. gaz.*, déc. 1925.) — VERCESI. Méthodes récentes d'élargissement permanent du bassin. (*Ann. ostet. gin.*, nov. 1925.)

### II. — DYSTOCIE PAR CONTRACTURE UTÉRINE

BOURRET. Traitement de la dystocie par contracture utérine. (*Gaz. Hôp.*, 10 oct. 1925.)  
MICHAEL. L'anneau de Bandl comme cause de dystocie. (*A. J. O. G.*, juillet 1925.)

### III. — DYSTOCIE PAR LÉSIONS DU COL

LORiot classe ainsi les rigidités du col observées pendant l'accouchement :

1) celles dont le col présentait un état pathologique avant le travail ;

2) celles où le col était normal au début du travail.

Dans chaque cas, il donne les différentes conduites à tenir.

#### BIBLIOGRAPHIE.

GUILLEMET et RIVIÈRE. A propos d'un cas de dilatation anormalement stationnaire. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — LORiot. Rigidité du col pendant l'accouchement. (*Sud med. chir.*, 15 avril 1925.) — MUZARD. Des cautérisations du col de l'utérus avec le caustique de Filhos dans leurs rapports avec la gestation et l'accouchement. (*Th. Paris*, 1925.) — PEHAM. Le rôle des cicatrices de l'utérus pour la gestation et l'accouchement. (*Wien. Klin. Wochen.*, 4 juin 1925, p. 637). — RIBON. Contribution à l'étude des anomalies de la dilatation au cours de l'accouchement. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — RIPERT. Etude des indications de la colpotomie et de ses résultats éloignés. (*Th. Paris*, 1925.) — RIVIÈRE. Anomalies de la dilatation, part qui revient au système nerveux dans leur déterminisme. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — TRICART. La grossesse et l'accouchement chez la primipare âgée. (*Th. Lille*, 1924-1925.) — TURENNE. Œdème et hypertrophie du col utérin pendant l'accouchement. (*Surg. gyn. obst.* 1925, p. 156). — VALLOIS. Dystocie par rigidité néoplasique du col utérin. (*Soc. obst. gyn.* Montpellier, 11 juin 1925).

#### IV. — DYSTOCIE PAR FIBROME

GAUJOUX et CABONAT. Fibrome du col empêchant l'accouchement. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — DUBOUCHER et POUGET. Fibromes multiples, dont un prævia, et grossesse. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — PLAUCHU. Fibromes multiples dont l'un oblitérant le pelvis. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 171.) — SAPPEY. Volumineux fibrome prævia. Poche des eaux rompue depuis 36 heures. Hystérectomie totale en bloc suivie de césarienne. Enfant vivant, mort de la mère par tétanos au 22<sup>e</sup> jour. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 314.)

#### V. — DYSTOCIE D'ORIGINE VAGINALE

CONPUT. Oblitération cicatricielle complète du vagin au cours de la grossesse. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 436.) — KLUGER. Accouchement en cas d'obstruction presque totale du vagin. (*Z. f. G.*, 24 janv. 1925.)

## Chapitre II.

### DYSTOCIES FŒTALES

#### I. — DYSTOCIE PAR MALFORMATIONS DU CORDON

W. ADAMS a constaté que, dans de nombreux cas de cordon court, cette brièveté n'était que très rarement la cause de dystocie. Dans les cas où il y eut dystocie, elle n'a été dangereuse ni pour la mère, ni pour l'enfant.

#### BIBLIOGRAPHIE.

ADAMS. Le cordon ombilical court comme facteur de dystocie. (*A. J. O. G.*, mai 1925.)  
— DIDDALL. Rupture spontanée du cordon ombilical. (*A. J. O. G.*, déc. 1925.)  
— NIELSEN. Prolapsus du cordon ombilical à cinq gestations successives. (*Ugesk. Laeger*. Copenhague, 24 déc. 1925.) — VALLOIS. Procidence du cordon et opération césarienne. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.)

#### II. — HYDROCÉPHALIE

ARTHAUD. Contribution à l'étude des formes du crâne dans l'hydrocéphalie. (*Th. Paris*, 1925.) — AUDEBERT et GAY. Hydrocéphalie et spina-bifida. (*Bul. S. O. G.*, n° 7, 1925.) — GONNET, MOREL et BÉRARD. Hydrocéphalie avec spina-bifida. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 4.) — LIMBERG et BATACHER. La question de l'hydrocéphalie. (*Novy khir. Arkhiv*, n° 2, 1925.) — A. MACLAIRE. Etiologie de l'hydrocéphalie. (*J. Nerv. Mental Diseases*, nov. 1925.) — PAGÉ. Hydrocéphalie congénitale et syphilis héréditaire. (*Th. Paris*, 1925.) — PARZY et DECLERQ. Un cas d'hydrocéphalie congénitale. (*J. sc. méd. Lille*, 15 fev. 1925.)

#### III. — LES GROS ENFANTS

BANG. Hydropisie généralisée du fœtus. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 285.) — BAZAN, JACOB et CARDENAS. Œdème congénital généralisé. (*Bol. Soc. gyn. obst. Buenos-Aires*, 20 juin 1925.) — H. HARTMANN. Hydropisie congénitale du fœtus et du placenta.

(*Z. f. G.*, 28 fév. 1925.) — HOECK. Hydropisie généralisée du fœtus et du placenta. (*Z. f. G.*, 17 janv. 1925, p. 145.) — MANET. De l'excès de volume généralisé du fœtus. (*Hôpital*, juillet 1925). — SIEDENTOPF. Démonstration d'un cas d'hydropisie congénitale du fœtus. (*Z. f. G.*, 28 fév. 1925.) — W. TEW. Œdème généralisé du fœtus. (*Canadian. med. Ass. J.*, fév. 1925.)

#### IV. — PRÉSENTATIONS DE LA TÊTE DÉFLÉCHIE

Les divers auteurs font des réserves sérieuses sur le pronostic des présentations de la face dans les rétrécissements du bassin. Il a semblé à FRABOULET, dans les nombreux cas observés à la clinique Baudelocque, que dans les rétrécissements légers du bassin, une présentation de la face complètement défléchie est moins défavorable qu'un sommet ou un siège.

#### BIBLIOGRAPHIE.

ANDÉRODIAS. Fœtus hydrocéphale en présentation de la face. (*Bul. S. O. G.*, 1925, n° 9.) — ANDÉRODIAS et MAGNANT. Présentation de la face avec procidences multiples. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — FRABOULET. Les présentations de la face dans les rétrécissements du bassin. (*Th. Paris*, 1925.) — RONICKE. Cas de présentation de la face en mento-postérieure. (*Norsk. mag. Laegeviden.*, avril 1925, p. 357.) — THORNTON. Dystocie dans les occipito-postérieures. (*South African med. Rec.*, 25 avril 1925.)

#### V. — PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

DUGIND. Conduite à tenir dans les présentations de l'épaule. (*Med. J. Australia*, 5 avril 1925.) — LEROUX. Présentation de l'épaule négligée, tentative de version. Déchirure complète du dôme vaginal. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 282.)

#### VI. — DYSTOCIE PAR MALFORMATIONS

BELLG et JAKOB. Dystocie par tumeur sacrée du fœtus. (*Bol. soc. obst. gyn. Buenos-Aires*, 20 oct. 1925.) — GONZALEZ-SERCA. Dystocie par monstruosité fœtale. (*Rev. Espan. obst. gin.*, janv. 1925.) — DORLAND NEWMAN. Inienképhale cause de dystocie extrême. (*Surg. gyn. obst.*, 1925, p. 180.)

### Chapitre III.

## LA DÉLIVRANCE ET SES ACCIDENTS

### I. — LES HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE

KRAUL a étudié les caractères du sang chez les accouchées ayant eu des hémorragies. Il a constaté qu'il n'y avait pas de relation entre le temps de coagulation et les hémorragies du post-partum ; mais il y avait un rapport entre le taux de fibrinogène et la quantité de sang perdu. Le calcium et le potassium sont à un taux normal.

WIELOCH a observé qu'une pression pourtant basse d'eau dans un lavage intra-utérin après délivrance était capable de distendre l'utérus ; toutefois, cela n'est pas une cause d'hémorragie, l'utérus se rétracte immédiatement après.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- I. BUBEN. Traitement des hémorragies à la suite de l'accouchement. (*Z. f. G.*, 5 sept. 1925.) — K. BURGER. Question des hémorragies à la suite de l'accouchement. (*Z. f. G.*, 25 juillet 1925.) — DUCAROS. Hémorragie utérine puerpérale et paludisme. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 292.) — HABA. Conduite à tenir pendant la délivrance. (*Arch. gyn.*, Berlin, 12 déc. 1925.) — MORVILLE. Les hémorragies obstétricales graves. (*Uges. Laeger*, Copenhague, 26 nov. 1925.) — WIELOCH. Rétraction et hémostase du post-partum. (*Z. f. G.*, 21 nov. 1925, p. 2644.)

### II. — ACCIDENTS DIVERS DE LA DÉLIVRANCE

Les lésions de l'utérus à la période de la délivrance sont dues le plus souvent à l'expression manuelle du placenta. KUTTER rapporte trois cas de ruptures de l'utérus dont deux eurent lieu après expression externe puissante de l'utérus suivant la méthode de CRÉDÉ. L'auteur fait remarquer le danger de cette méthode.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- FUTH. Technique du curettage digital. (*Z. f. G.*, 17 janv. 1925.) — GASNE. Les indications du curettage utérin. (*Consult.*, déc. 1925.) — KATZ. Les dangers d'infection

de la délivrance manuelle. (*Wien. Klin. Woch.*, 15 janv. 1925.) — KOCH. Rétention du placenta durant 114 heures après un accouchement à terme. (*Z. f. G.*, 20 juin 1925.) — KUTTER. Les lésions de l'utérus pendant la délivrance. (*Monat. Geb. gyn.*, juin 1925.) — MOLIN. La perforation de l'utérus au cours du curetage. Son traitement par la colpotomie. (*Lyon méd.*, 29 nov. 1925.) — NAIDITSCH. Les inconvénients de la délivrance manuelle et de l'extirpation des restes du placenta. (*Z. f. G.*, 19 décembre 1925.) — O. NEBESKY. Rétention du placenta provoquée par un myome utérin. (*Z. f. G.*, 19 sept. 1925.) — SCHLOSSMANN. Un cas d'embolie gazeuse après délivrance manuelle. (*Z. f. G.*, 13 juin 1925.) — VAYSSIÈRE. De l'exploration intra-utérine du curetage et du curage. (*Marseille méd.*, 15 déc. 1925.) — WINKHANS. Question de l'embolie aérienne par les veines utérines pendant l'accouchement. (*Z. f. G.*, janv. 1925.)

## Chapitre IV.

### LÉSIONS MATERNELLES CONSÉCUTIVES A L'ACCOUCHEMENT

#### I. — RUPTURE UTÉRINE

BALARD et MANGÉ. Sur un cas de rupture utérine méconnue. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — CABANES et JAHIER. Hystérectomie avec tamponnement à la Mickulicz pour rupture utérine au cours du travail. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — CABANES, HOUËL et JAHIER. 1° Hystérectomie pour rupture utérine consécutive à une présentation négligée. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 452.) — 2° Hystérectomie pour rupture utérine au cours d'un accouchement prématuré provoqué. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 454.) — DUCAROS. Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 289.) — GIAMPAOLO. Hémorragie pendant la rupture utérine. (*Policlínico*, Rome, 5 oct. 1925.) — GRAFF. 1° Les symptômes de la rupture utérine. (*Wien. Klin. Woch.*, 26 mars 1925.) — 2° Un cas de rupture utérine. (*Z. f. G.*, 30 oct. 1925.) — KAHN. Fissure péritonéale de l'utérus. (*Z. f. G.*, 28 nov. 1925.) — KLEIN. Un cas d'arrachement total de l'utérus post-partum. (*J. Sc. Méd. Lille*, 28 juin 1925.) — MICHAUD. Rupture de l'utérus : hystérectomie. (*Soc. sc. méd. Biol. Montpellier*, 9 janv. 1925.) — PHANEUF. Un cas de rupture utérine. (*Boston med. Surg. J.*, 1<sup>er</sup> janv. 1925.) — PISAVY. Rupture du segment inférieur de l'utérus guérie sans intervention chirurgicale. (*Th. de Lyon*, 1925.) — RUSSO. Perforation utérine avec passage partiel du placenta dans la cavité abdominale. (*Riv. ost. gin. Prat.*, 1<sup>er</sup> déc. 1925.) — VORON, ÉPARVIER et BAUSSILLON. Rupture du segment inférieur au niveau du promontoire, traitée par tamponnement. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 168.)

## II. — DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

E. FOX. Déchirure complète du périnée. (*Bol. Soc. Obst. Gyn.* Buenos-Aires, mars 1925.) — ROBINS. Fonctions du périnée et restauration. (*Virginia med. Month.*, mars 1925.) — THROSBY. Réparation des déchirures récentes du périnée. (*Med. J. Australia*, 28 fév. 1925.)

## III. — DÉCHIRURES DU COL, DU VAGIN ET LÉSIONS DU PETIT BASSIN

BAIDIN. Lésion grave et rare de l'urètre pendant l'accouchement et son traitement. (*Z. f. G.*, 10 nov. 1925.) — BARFURTH. Rupture du vagin pendant l'accouchement. (*Z. f. G.*, 13 juin 1925.) — BAUMM. Traitement des ruptures saignantes du col à la suite d'accouchement spontané. (*Z. f. G.*, 19 sept. 1925.) — HOLZBACH. Des ruptures spontanées de la symphyse pendant l'accouchement. (*Z. f. G.*, 28 fév. 1925.) — JOHNNSEN. Traitement des ruptures saignantes du col utérin à la suite d'un accouchement spontané. (*Z. f. G.*, 30 mai 1925.) — OTTOW. Étiologie de la rupture centrale du col utérin et de la fistule cervicale. (*Z. f. G.*, 8 août 1925.) — PENNE-BEDAT. Des lésions de la face antérieure de la vessie au cours de l'accouchement dystocique. (*Th. de Bordeaux*, 1925.) — POLGAR. Rupture de la symphyse dans l'accouchement spontané. (*Z. f. G.*, 15 août 1925.) — SERBIN. Utérus d'une femme morte de septicémie et d'hémorragie à la suite d'une déchirure du col. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1925, p. 235.)

## IV. — THROMBUS VULVO-VAGINAL

DMITRIEFF. Contribution à l'étude des hématomes des voies génitales au cours de l'accouchement. (*Mosciski med. J.*, n° 11, 1925.) — RHENTER. Un cas de thrombus vaginal. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.)

## Chapitre V.

## LE CHOC OBSTÉTRICAL

BAUX. 1° A propos d'un cas de choc obstétrical. (*Bul. S. O. G.*, n° 6, 1925.) — 2° Hémorragie rétro-placentaire, mort par accidents toxémiques à type choc obstétrical. (*Bul. S. O. G.*, n° 6, 1925.) — M. DEROMPS. Shock obstétrical suivi de mort chez une paludéenne. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 146.)

## Chapitre VI.

### LÉSIONS FŒTALES CONSECUTIVES A L'ACCOUCHEMENT

#### I. — L'ASPHYXIE DU NOUVEAU-NÉ

La lobéline possède une action élective sur l'excitation du centre respiratoire. GIACCONI, après MILTNER, MICKULIEZ-RADECKI et SCHUMACHER, a expérimenté cette substance dans sept cas d'asphyxie du nouveau-né. Il eut cinq succès; il fait trois milligrammes de lobéline sous-cutanée et associe à cette méthode la respiration artificielle.

#### BIBLIOGRAPHIE.

GIACCONI. La Lobéline dans le traitement de l'asphyxie du nouveau-né. (*Clin. ostetrica*, juillet 1925, p. 304.) — KOCH. Injections intra-cardiaques d'adrénaline chez le nouveau-né asphyxié. (*Z. f. G.*, 5 déc. 1925.) — REISLER. Méthode de résurrection dans l'asphyxie des nouveau-nés. (*Med. J. Rec.*, 7 janv. 1925.) — SIMONDS GOWEN. Fœtus amorphe. (*Surg. gyn. obst.*, 1925, p. 171.) — VIGNES. Traitement de la mort apparente du nouveau-né. (*Pres. méd.*, 24 janv. 1925.)

#### II. — LES HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES

ALLISON. Hémorragie intra-crânienne du nouveau-né. (*Texas state J. med.*, mai 1925.) — BARBOUR. Hémorragie intra-crânienne du nouveau-né. (*Virginia med. J.*, déc. 1925.) — BRANDT. Hémorragie intra-crânienne du nouveau-né au point de vue de l'obstétricien. (*Med. J. Rec.*, 6 mai 1925.) — COUCHET. Les hémorragies intra-crâniennes et l'asphyxie des nouveau-nés. (*Vie méd.*, 15 mai 1925.) — DEBRÉ et SEMELAIGNE. Hémorragies méningées par pachy-méningite hémorragique chez le nourrisson. (*Soc. Pédiatrie*, séance 17 fév. 1925.) — GORDON. Hémorragies intra-crâniennes du nouveau-né. (*Michigan state Med. Soc. J.*, avril 1925.) — GRULEE. Hémorragie intra-crânienne du nouveau-né. (*J. A. M. A.*, 1925, p. 336.) — JOHNSON. Traumatismes intra-crâniens dus à la naissance. (*Southwest. med.*, avril 1925.) — PLAUCHU et CHAIX. Deux cas d'hémorragie méningée au cours d'un accouchement spontané. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — MAURICE RIVIÈRE et MARC RIVIÈRE. Note préliminaire sur

le traitement des hémorragies méningées du nouveau-né par ponction lombaire répétée. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — SCHWARTZ et FINK. Hémorragies cérébrales du nouveau-né. (*Zeitsch. f. Kind.*, 31 déc. 1925.) — SCHARPE et MACLAIRE. Hémorragie intra-crânienne du nouveau-né. (*A. J. O. G.*, avril 1925.) — SWINEY. Hémorragie intra-crânienne chez un nouveau-né après un travail normal et facile. (*J. obst. gyn. Brit. Emp.*, n° 3, 1925.)

### III. — PARALYSIES OBSTÉTRICALES

ÉPARVIER. Paralyse faciale croisée consécutive à une application de forceps. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 389.) — FORD. Extraction par le siège ayant causé une lésion de la moelle avec paraplégie. (*Arch. of Neurol. and Psych.*, déc. 1925.) — PETERSEN. Sur un cas de paralysie obstétricale du nerf radial. (*G. O.*, n° 1, 1925.) — SEVER. Paralysies obstétricales. (*J. A. M. A.*, 12 déc. 1925.)

### IV. — FRACTURES

BINET et REMY. Fracture de l'humérus compliquée de paralysie radiale chez un nouveau-né. (*Bul. S. O. G.*, n° 7, 1925.) — BOORSTEIN. Traumatismes obstétricaux nécessitant des traitements orthopédiques. (*J. A. M. A.*, 12 déc. 1925.) — COMMANDEUR et PUIG. Sur un cas de redressement du frontal par la méthode de Vicarelli. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 395.) — DESNOYERS. Contribution à l'étude des déformations fœtales dites par compression. (*Th. Paris*, 1925.) — JORGE. Les traumatismes de l'épaule à la naissance. (*Rev. Soc. Arg. Nipiologia*, Buenos-Aires, 24 sept. 1925.) — LANTUÉJOL. Un cas de déformation céphalique intra-pelvienne. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 197.) — PLAUCHU et SAUTERAUX. Enfoncement du frontal. Redressement à la Vicarelli. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 310.) — VORON et BAUSILLON. Enfoncement du frontal survenu au cours d'un accouchement spontané et traité par la méthode de Vicarelli. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 392.)

### V. — LÉSIONS DU CORDON

BOSANO. Sur deux cas d'insertion vélamenteuse du cordon ombilical. (*Rinasc. med.*, 15 déc. 1925.) — FROMMOLT. Hémorragie de l'enfant en cas d'insertion vélamenteuse du cordon ombilical. (*Gesell. Geb. Gyn.*, Leipzig, 7 déc. 1925.) — HENDERSON. Étranglement par le cordon ombilical. (*Brit. med. J.*, 21 nov. 1925.)



## SEPTIÈME PARTIE

# THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

### *Chapitre I.*

## CONDUITE A TENIR DANS LA PARTURITION NORMALE

GREENHILL indique, d'après son expérience, quelles sont les meilleures d'entre les précautions pratiques que l'on doit adopter pour conduire méthodiquement un accouchement.

HOFFMANN revient sur les avantages des examens rectaux à la place des examens vaginaux pendant le travail. REISS n'a pas trouvé une différence dans ses statistiques, au point de vue infection, après l'emploi de cette méthode, et il pense qu'au moins un examen vaginal est nécessaire pendant le travail ; le danger d'infection est minime quand le toucher est soigneusement pratiqué.

SELLHEIM est tout à fait opposé à l'examen par voie rectale, il préfère l'examen vaginal à la condition d'éviter le canal cervical ; la tête fœtale sera palpée à travers les lèvres du col.

MONTCHANIN et MOINEAU insistent sur la difficulté du diagnostic entre une présentation du siège et un sommet, chez les parturientes adipeuses.

### BIBLIOGRAPHIE.

ARNS. Remarques sur l'examen par rectum chez la femme en état de gestation. (*Z. f. G.*, 6 juin 1925.) — ALBRECHT. Étude de l'examen rectal en obstétrique. (*Z. f. G.*, 3 mai 1925.) — BALARD. La surveillance de l'accouchement. (*J. med.*, Bordeaux, mars 1925.) — BILL. Modification de la manœuvre de Scanzoni dans le traitement

des occipito-postérieures. (*A. J. O. G.*, mars 1925.) — BOURRET. Conduite à tenir dans les présentations de la face. (*Gaz. des Hôp.*, 18 nov. 1925.) — BROBAND. Valeur de la palpation de l'épaule dans le diagnostic des positions et variétés de position du sommet. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — DIPPER. Contre l'examen intra-utérin pendant l'accouchement. (*Z. f. G.*, 18 avril 1925.) — FROMMOLT. Observations en cas d'accouchement normal. (*Z. f. G.*, 2 mai 1925.) — GREENHILL. Conduite actuelle dans l'accouchement simple. (*Med. J. and Record.*, 18 mars 1925.) — HOFFMANN. Les côtés positifs et négatifs de l'examen par rectum. (*Moscowski med. J.*, n° 9, 1925.) — HOLZSCHUT. Épisiotomie médiane. (*Z. f. G.*, sept. 1925.) — MONTCHANIN et MOINEAU. De la difficulté du diagnostic de la présentation du siège chez les femmes obèses. (*Gaz. med. du Sud-Est*, 20 juillet 1925.) — ODENTHAL. Présentation par les genoux. (*Z. f. G.*, 8 août 1925.) — REIST. Indications pour les examens par rectum. (*Z. f. G.*, mars 1925.) — ROBIOLIS. Considérations sur la ligature des cordons et en particulier des cordons gras. (*Sud méd. et chir.*, 15 avril 1925.) — SAVAGE. Danger des examens vaginaux répétés pendant le travail. (*Virginia med. Month.*, avril 1925.) — SCADRON SAMUEL. Traitement de la présentation occipito-postérieure. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1925, p. 697.)

## Chapitre II.

### ANALGÉSIE ET ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALES

RUCKER a étudié l'effet des anesthésiques sur la contraction utérine. Les résultats sont variables suivant la dose et l'hypnotique. Le chloroforme et l'éther sont les deux anesthésiques qui diminuent le plus la force de la contraction ; vient ensuite le protoxyde d'azote et enfin l'éthylène qui a une action à peine marquée. La rachianesthésie à la cocaïne arrête les contractions complètement pendant vingt minutes, quelquefois jusqu'à la fin de son action anesthésique.

Le somnifène a rencontré de nombreux partisans. LAGORCE a eu de bons résultats en employant le somnifène par voie intraveineuse à la dose de 6 à 8 centimètres cubes.

DENIZET et GAVAUDAN préfèrent aussi l'intraveineuse à l'intramusculaire ; ils commencent l'anesthésie quand la dilatation a atteint deux francs chez la primipare, plus tard chez la multipare. FAVREAU et LAPERVENCHE l'ont employé à des doses semblables, mais ils pensent que cette méthode n'est pas sans danger, car il faut craindre les sensibilités individuelles. A ce sujet, il nous semble nécessaire de citer les

cas non obstétricaux de QUERCY et LANCELOT, de TOURNEUX et de RAVINA et GIROT, où l'administration de somnifène a déterminé des accidents dont deux furent mortels.

RUCKER a employé la novocaïne locale comme anesthésique dans l'accouchement. Dans 70 pour 100 des cas, il a eu une anesthésie excellente; les effets de la novocaïne sur la contracture utérine sont variables. Pour lui, c'est un excellent procédé pour les opérations obstétricales, mais sa valeur pour l'accouchement spontané est tout à fait douteuse.

L'emploi de l'éthylène en pratique obstétricale s'est étendu et il entre en compétition avec le protoxyde d'azote. KING, dans une série d'accouchements, en fit usage. Les résultats sont bien meilleurs que ceux qu'il a obtenus avec le protoxyde d'azote; il n'a pas noté de tendance à l'hémorragie au moment de la délivrance. Il a appliqué aussi cette anesthésie dans quelques forceps et deux césariennes; une seule fois, il a été obligé de compléter l'anesthésie à l'éther.

GWATHMEY emploie la technique suivante qui lui a donné d'excellents résultats. Quand l'accouchement est bien en train, on fait une injection sous-cutanée de 1 milligramme de morphine, dissous dans 2 centimètres cubes de solution de sulfate de magnésie à 50 pour 100; puis on fait une instillation rectale du mélange suivant :

|                                         |                             |
|-----------------------------------------|-----------------------------|
| Bromhydrate de quinine basique. . . . . | 1 <sup>gr</sup> ,30         |
| Alcool. . . . .                         | 11 <sup>gr</sup> ,65        |
| Éther. . . . .                          | 74 <sup>gr</sup> ,15        |
| Huile d'olive. . . . .                  | Q. S. 118 <sup>gr</sup> ,30 |

La femme s'assoupit et souvent s'endort. L'anesthésie a une durée de quatre heures environ. Le travail n'est pas interrompu et l'enfant naît en criant, exceptionnellement en état de mort apparente.

LIEBHART rapporte quatre observations de complications survenues à la suite de rachianesthésie à la tropacocaïne. Ces troubles siégeaient au niveau des nerfs crâniens: diplopie, hémianopsie, paralysie faciale. Tous ces troubles furent passagers sous l'action favorable d'injections intraveineuses d'urotropine à 40 pour 100.

#### BIBLIOGRAPHIE.

BEHRENDT et MAIER. Le narcylène analgésique obstétrical. (*Münch. med. Woch.*, mai 1925.) — BRINDEAU. Cas de mort par rachianesthésie chez une femme enceinte.

(*Bul. S. O. G.*, 9 mars 1925.) — CARTER. Le Pantopon-Scopolamine pendant le travail. (*A. J. O. G.*, nov. 1925.) — M. CHEVAL. L'analgésie obstétricale. (*Bruxelles méd.*, 22 fév. 1925.) — DELALANDE. Observations et conclusions de 46 accouchements pratiqués sous anesthésie au somnifène. (*Gaz. méd. Centre*, 15 déc. 1925.) — DELMAS et ROUME. 1° Au sujet de l'anesthésie obstétricale par les composés uréiques. (*Pres. méd.*, 2 sept. 1925.) — 2° A propos de l'accouchement indolore. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 409.) — DENIZET et GAVAUDAN. Nouvelle contribution à l'étude de l'analgésie obstétricale par le somnifène. (*Rev. Fr. Gyn. Obst.*, 25 juill. 1925.) — FAYREAU. Réflexions sur l'emploi du somnifène. (*Vie méd.*, 1925.) — FAYREAU et LAPERVERNCHÉ. Quelques observations de l'emploi du somnifène pendant l'accouchement. (*Gaz. Hebd. Soc. méd.*, Bordeaux, 11 janv. 1925.) — FEBRES. Métro-anesthésie en obstétrique par injections dans les ganglions de Frankenhäuser. (*Bul. S. O. G.*, n° 10, 1925.) — GINESTY, MÉRIEL et LASSALLE. A propos de quelques anesthésies générales au somnifène. (*Gaz. Hôp.*, 5 fév. 1925.) — GWATHMEY. L'accouchement indolore par la méthode synergistique. (*Monde méd.*, 15 janv. 1925.) — R. HENRY et RATHELOT. Le problème de la sensibilité obstétricale. (*Gaz. Hôp.*, 13 juin 1925.) — HUNT. La méthode de Gwathmey pour l'anesthésie obstétricale. (*N.-W. Med. Seattle*, novembre 1925.) — KING. L'éthylène en obstétrique. (*A. J. O. G.*, juin 1925.) — LAGORGE. Contribution à l'étude de l'anesthésie obstétricale par le somnifène intraveineux. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — LEDOUX. A propos de l'accouchement sans douleur. (*Bruxelles méd.*, 15 fév. 1925.) — LEMELAND. Les procédés d'anesthésie obstétricale employés actuellement. (*La Consultation*, déc. 1925.) — LORINEZ. Méthode synergique de traitement des douleurs de l'accouchement. (*Z. f. G.*, 16 mai 1925.) — MENDY. L'analgésie obstétricale par l'hémypnal. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — QUERCY et LANCELOT. Un cas de mort après injection intra-musculaire de somnifène. (*Soc. méd.-psycho.*, séance 26 janv. 1925.) — RATHELOT. 1° Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur au point de vue du médecin praticien. (*Th. Montpellier*, 1925.) — 2° Contribution à l'étude de l'analgésie appliquée à l'obstétrique. (*Marseille méd.*, 5 fév. 1925.) — RAVINA et GIROT. Mort après injection intraveineuse de somnifène. (*Bul. Soc. méd. hôp.*, 6 mars 1925.) — ROUME. L'anesthésie en obstétrique. (*Sud méd. chir.*, 15 avril 1925.) — RUCKER. 1° L'utilisation de la novocaïne en obstétrique. (*A. J. O. G.*, janv. 1925.) — 2° Les effets de divers anesthésiques sur la force de la contraction utérine. (*J. Labo. clin. méd.*, fév. 1925.) — SCHMIDT. Le somnifène en obstétrique. (*Z. f. G.*, 12 sept. 1925.) — SIEGERT. Somnifène en obstétrique. (*Z. f. G.*, 4 avril 1925.) — STREIN. Nouvelle méthode d'anesthésie utilisable en obstétrique. (*Monat. Geb. Gyn.*, juin 1925.) — TOURNEUX. Intoxication par le somnifène. (*Soc. méd. chir. pharm.* Toulouse, séance, 1<sup>er</sup> avril 1925.) — VAN HASSELT. L'accouchement indolore. (*Nederl. Tijds. gen.*, 14 mars 1925.) — VAUDESIAL. Anesthésie spinale en obstétrique. (*Bruxelles méd.*, 1925.) — WALLBILICH. L'analgésie « synergique » pendant le travail. (*New Orléans med. Surg. J.*, juillet 1925.) — WEYMEERSCH et POULAIN. Contribution à l'étude de l'anesthésie obstétricale par le somnifène. (*Bruxelles méd.*, 18 janv. 1925.)

### *Chapitre III.*

## LES OCYTOCIQUES

BALARD étudie les différents états du muscle utérin au cours du travail et les indications correspondant à chaque cas. Il insiste sur les indications et contre-indications de l'extrait hypophysaire : il ne doit jamais être donné si la dilatation n'est pas suffisamment avancée ; un diagnostic exact de la tonicité utérine doit être fait. On a souvent employé intempestivement cet ocytocique en confondant une semi-contraction avec une inertie véritable.

Après avoir rappelé l'article qu'il fit avec HASKELL en 1921, RUCKER cite l'opinion de certains auteurs sur l'extrait pituitaire et donne ensuite les résultats qu'il a obtenus en étudiant graphiquement son action sur la contraction et la pression intra-utérine. L'action est caractéristique : les contractions sont plus rapprochées et la pression intra-utérine est augmentée.

W. B. BELL emploie l'extrait d'hypophyse par voie intramusculaire ou intraveineuse, sauf chez les cardiaques, les hypertendus et les rénaux où ce médicament est contre-indiqué. En cas d'inertie utérine primitive, il s'abstient de tout médicament ; en cas d'inertie secondaire, avant de le prescrire, il faudra s'assurer qu'aucun obstacle ne s'oppose à la sortie du fœtus. En cas d'hémorragie après la délivrance, on peut l'employer sans crainte.

Deux cas de ruptures utérines sont rapportés par J. SHERRILL. Il pense que l'extrait pituitaire donné pendant le travail aurait été la cause de ces accidents.

GRUBER étudie les effets de l'adrénaline sur le muscle utérin. Ses résultats confirment que l'adrénaline augmente la tonicité du muscle utérin. Au contraire, RUCKER, dans une série de 20 cas, après injection sous-cutanée de cinq gouttes d'adrénaline à 1 pour 1000, trouve une diminution de la contraction utérine dans 80 pour 100 des cas. Dans quatre cas, il n'y eut pas de diminution appréciable, mais dans aucun, il n'y eut augmentation des contractions.

## BIBLIOGRAPHIE.

BALARD. La surveillance de l'accouchement. (*J. méd.*, Bordeaux, mars 1925.) — BELL. Indications de l'infundibuline dans la pratique chirurgicale et obstétricale. (*Brit. med. J.*, 6 juin 1925.) — BOUFFE DE SAINT-BLAISE. A propos de l'hypophyse. (*Rev. fr. Gyn. obst.*, 10 avril 1925.) — CHATILLON. Les extraits hypophysaires en obstétrique. (*Rev. fr. Gyn. obst.*, 10 avril 1925.) — CRISTALLI. A propos de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. (*Rev. fr. Gyn. obst.*, 25 avril 1925.) — GOSSETT. État actuel de l'extrait hypophysaire en obstétrique. (*Kentucky med. J.*, fév. 1925.) — GRUBER. L'action de l'adrénaline sur l'utérus. (*Endocrinology*, Los Angeles, sept. 1925.) — HAUCH. Sur l'emploi de l'extrait hypophysaire à doses minimes répétées. (*Rev. fr. Gyn. obst.*, 25 avril 1925.) — MARTIN BARRALES. Utilité et dangers des extraits hypophysaires. (*Rev. fr. Gyn. obst.*, 25 avril 1925.) — MARTINESCU et POPOVICIU. Contribution à l'étude de l'action de la pituitrine. (*Soc. Biol.*, séance 17 mai 1925.) — RUCKER. 1° Action de l'adrénaline sur l'utérus grévise humain. (*South. med. J.*, juin 1925.) — 2° La place de l'extrait pituitaire en obstétrique. (*Virginia med. Month.*, déc. 1925.) — 3° L'action de l'extrait pituitaire sur l'utérus. (*J. A. M. A.*, 21 nov. 1925.) — SHERRILL. Ruptures utérines consécutives à l'administration d'extrait pituitaire. (*South. Surg. Ass.*, séance 15 déc. 1925.)

## Chapitre IV.

## LE FORCEPS

I. — **Le forceps de Kielland** est encore l'objet de nombreuses communications. JARCHO, SCADRON ont trouvé de réels avantages dans son application ; GAIFAMI également, surtout dans les cas de présentations transverses, ainsi que dans celles de la face et du front.

Pour ce dernier auteur, un seul point est délicat, c'est l'introduction de la première cuillère. Au contraire, MURET, discutant ses avantages et ses inconvénients, conclut que ce forceps est dangereux et ne peut être employé que par un spécialiste. HAUCH, à côté de quelques cas heureux, eut des lésions graves après son emploi : quatre ruptures de l'utérus et de la vessie et cinq ruptures de la vessie ; les résultats sur les enfants ne furent guère meilleurs.

II. — A propos d'une statistique, RITTERSHAUSS rappelle les indications du forceps ; pour la mère : l'atonie utérine à la seconde période

du travail, la menace d'infection, les maladies infectieuses ou affections cardiaques ; pour le fœtus : le ralentissement du cœur fœtal au-dessous de 100 pendant l'intervalle des contractions. L'auteur a constaté que, si l'application précoce du forceps en augmente le nombre, elle fait diminuer la mortalité fœtale.

## BIBLIOGRAPHIE.

DE ALINEIRA MOTTA. L'application du forceps de Kielland. (*Rev. Gyn. obst. Brasil*, mars 1925.) — AUDEBERT et RASCOL. Rupture intra-utérine d'une cuiller de forceps ayant déterminé une déchirure incomplète du segment inférieur. (*Bul. S. O. G.*, n° 7, 1925.) — BRAULT. L'abus du forceps. (*Gaz. méd. Centre*, 17 juillet 1925.) — BRECKINRIDGE. Abus du forceps et des autres méthodes destinées à presser l'accouchement. (*Kentucky med. J.*, fév. 1925.) — BRINDEAU et LANTUÉJOUL. Notes sur le forceps de Kjelland. (*G. O.*, 1925, p. 201.) — FINK. Application du forceps de Kielland sur le siège. (*Z. f. G.*, 4 juillet 1925.) — GAIFAMI. Le forceps de Kielland dans la pratique médicale. (*Clinica ostet.*, avril 1925, p. 117.) — HAUCH. Quelques expériences personnelles avec le forceps de Kjelland. (*G. O.*, 1925, p. 321.) — HANNES. Vue d'ensemble sur la technique de l'emploi du forceps. (*Deut. Med. Woch.*, mars 1925.) — HEINLEIN. Étude du forceps de Kielland. (*Z. f. G.*, 4 juillet 1925.) — JARCHO. Le forceps de Kielland et ses applications. (*A. J. O. G.*, juillet 1925.) — KRECAR. Le forceps Démelin. (*Casopis lek. cesk.*, Prague, 28 nov. 1925.) — LANTUÉJOUL. Le forceps Démelin. (*Hôpital*, oct. 1925.) — MACHADO. Notes pratiques sur l'application du forceps. (*Arch. Brasil. Med.*, nov. 1925.) — MASSINI. Les applications hautes du forceps. (*Rev. Espan. obst. gyn.*, janv. 1925.) — MURET. Le forceps de Kjelland. (*Soc. obst. gyn. Suisse romande*, janvier 1925.) — RAMIREZ OLIVELLA et PEREZ. Indications du forceps. (*Clinica y Lab.*, juin 1925.) — RITTERSHAUSS. Applications du forceps. (*Monat. Geb. gyn.*, mai 1925.) — SAENGER. Le dernier mot de critique sur le forceps de Kielland. (*Z. f. G.*, 4 avril 1925.) — SCAUDRON. Application du forceps de Kielland. (*Surg. Gyn. Obst.*, mai 1925.) — SCHUMANN. Le forceps de Kielland. (*Obst. Soc.*, Philadelphie, 7 mai 1925.) — TEW. Usage et abus du forceps. (*Canadien. Med. Ass. J.*, oct. 1925.) — WYDER. Quelques mots de critique au sujet du forceps de Kielland. (*Z. f. G.*, mars 1925.)

## Chapitre V.

## LA VERSION

LORENZETTI, au sujet d'un cas de fracture du membre supérieur pendant une extraction podalique, en profite pour rappeler le mécanisme relatif au dégagement de l'épaule et des membres supérieurs :

1° il faut avoir soin de saisir l'épaule antérieure de telle façon qu'elle se trouve, avec le membre correspondant, au-dessous de la symphyse pubienne; 2° quand on dégage le bras postérieur, il faut soulever le tronc doucement pour ne pas briser le bras antérieur entre le corps fœtal et le pubis.

COSTA a pratiqué avec succès dans plusieurs extractions du siège, la ponction lombaire sur le fœtus. Il obtient ainsi une diminution du diamètre bipariétal et diminuant la pression intracrânienne, il évite les lésions de la tente du cervelet et la compression des centres bulbaires.

#### BIBLIOGRAPHIE.

COSTA. 1° La ponction lombaire sur le fœtus vivant dans l'extraction podalique. (*Riv. Obst. Gin. Prat.*, fév. 1925.) — 2° La ponction lombaire pendant l'extraction du siège. (*Rev. franç. Gyn. Obst.*, 25 mars 1925, p. 185.) — DARÈME. La version et l'extraction du fœtus par le siège dans les rétrécissements modérés du bassin après passage préventif du fil scie de Gigli. (*Th. Paris*, 1925.) — DOWELL. L'application moderne de la version. (*New-York st. J. med.*, 6 mars 1925.) — DUGIND. Conduite à tenir dans les présentations de l'épaule. (*Med. J. Australia*, 5 avril 1925.) — LEDOUX. La version. (*New-Orleans med. Surg. J.*, mai 1925.) — LEROUX. Présentation d'épaule négligée, tentative de version, déchirure complète du dôme vaginal. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 282.) — LORENZETTI. Fracture du membre supérieur du fœtus pendant l'extraction podalique manuelle. (*Clinica ost.*, sept. 1925.) — MILLER. La version, ses indications et contre-indications. (*New-Orléans Gyn. Obst. Soc.*, séance 12 mars 1925.)

### Chapitre VI.

#### L'EMBRYOTOMIE

BOULAND. De l'embryotomie par serre fil. (*Th. Paris*, 1925.) — GONZALEZ. L'embryotomie sur le fœtus vivant. (*Bol. Soc. Obst. Gin. Buenos-Aires*, 25 nov. 1925.) — TRIOLO. Les opérations embryotomiques correctes dans la pratique obstétricale. (*Riv. Ost. Gin. Prat.*, août 1925.)

## Chapitre VII.

### PELVITOMIES

ROSSIER, après avoir fait l'historique de la symphyséotomie et de l'héboostéotomie, traite ensuite leurs indications :

- 1) dans les rétrécissements pelviens, il envisage et leur type et leur degré de rétrécissement ;
- 2) dans l'excès de volume du fœtus en présence d'un bassin normal ;
- 3) en présence d'une dilatation lente quand les eaux sont écoulées ;
- 4) en présence de présentations céphaliques défectueuses et persistantes.

Il fait remarquer que depuis la pratique de l'héboostéotomie sous-cutanée, la fièvre n'est plus une contre-indication. Enfin, on peut la pratiquer chez la primipare. LE LORRIER fait un exposé des principaux procédés, avec l'application propre à chacun d'eux. Puis il fait un vif plaidoyer en leur faveur en insistant sur leurs trois principaux avantages : elles laissent un utérus intact, elles améliorent un peu le bassin, elles sont réalisables, à la rigueur, en cas d'urgence.

MARTIN rapporte le cas d'une primipare avec bassin rétréci et présentation du siège. Cette présentation restait élevée malgré la dilatation complète. Une pubotomie donna d'excellents résultats pour la mère et l'enfant.

SCHMIDT cite le cas d'une primipare à qui l'on fit une hébotomie. Après l'accouchement au forceps, on plaça une greffe osseuse entre les deux extrémités pubiennes distantes de 3 centimètres ; la greffe prit très bien. La femme fit une nouvelle gestation et accoucha spontanément d'un enfant de 4 kilogrammes ; le premier ne pesait que 3<sup>kg</sup>, 375.

#### BIBLIOGRAPHIE.

CHARLES. Contribution à l'étude de la technique de l'hébotomie. Section du pubis sous-cutanée ou à ciel ouvert. (*Th. Paris, 1925.*) — LE LORRIER. Les pelvitomies. Choix

du procédé. (*G. O.*, n° 2, 1925.) — MARTIN. Bassin rétréci, présentation du siège, pubiotomie. (*Normandie méd.*, août 1925.) — PEREZ. Symphyséotomie sous-cutanée à Cuba. (*Rev. Esp. Obst. Gyn.*, juin 1925.) — ROSSIER. Les indications des pelvitomies. (*G. O.*, n° 2, 1925.) — SCHMIDT. Un cas de greffe osseuse après hébotomie. (*Monat. Geb. Gyn.*, janv. 1925.) — SOLI. Symphysectomie partielle à la Costa. (*Ann. Ost. Gin.*, avril 1925.) — ZARATE. Nouvelle technique de symphyséotomie sous-cutanée. (*G. O.*, juin 1925.)

## Chapitre VIII.

### HYSTÉROTOMIES

SCHICKELÉ se montre partisan de la césarienne basse et depuis plusieurs années ne pratique plus la pelvitomie. Sur 28 pelvitomies qu'il a faites, s'il n'a pas eu de mortalité, les résultats éloignés furent plus que médiocres; par contre, il a fait 234 césariennes basses qui lui ont donné d'excellents résultats. SCHICKELÉ insiste sur ce qu'il faut toujours s'efforcer d'éviter l'hystérectomie après césarienne.

COUVELAIRE, aussi, montre qu'il est partisan des interventions précoces plutôt que des opérations de nécessité. Si la pelvitomie donne parfois des résultats, en général, ils sont moins bons que ceux des opérations de choix, telles que la césarienne basse ou l'opération de Portes. Il insiste sur l'importance de conserver à la femme son appareil génital et la nécessité d'éviter par tous les moyens chirurgicaux la basiotripsie sur l'enfant vivant.

Avec PORTES, il donne les résultats qu'ils ont obtenus à Baudelocque avec la césarienne basse. Trente opérations ont été pratiquées. Quinze ont été faites dans de bonnes conditions, les résultats ont été excellents; quatorze autres ont été faites sur des femmes dont les membranes étaient rompues depuis longtemps, les résultats n'en furent pas moins parfaits. Il y eut un seul décès dans un cas très risqué; la malade est morte de choc.

DE LEE a publié un travail très intéressant sur la césarienne avec une illustration remarquable.

L'extériorisation temporaire de l'utérus après césarienne est une opération intermédiaire entre la césarienne et l'hystérectomie.

BRINDEAU n'aime pas cette opération et lui préfère la césarienne basse avec drainage à la Mickulicz. COUVELAIRE trouve l'opération bonne, mais pense que c'est une opération d'exception.

## BIBLIOGRAPHIE.

- AUDEBERT. Opération de Portes. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 485.) — BLAIR-BELL. Technique de la suture utérine après l'opération césarienne. (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, n° 4, 1925.) — BRINDEAU. A propos de l'extériorisation temporaire de l'utérus après césarienne. (*Bul. S. O. G.*, 1925.) — CABANES et JAHIER. Hystérectomie avec tamponnement pour rupture utérine. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — CABANES, HOUEL et JAHIER. 1° Hystérectomie pour rupture utérine. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 452.) — 2° Hystérectomie pour rupture utérine. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 454.) — CALVANICO. La cicatrice de la césarienne. (*Riforma med.*, 19 janv. 1925.) — CLÉMENT. Contribution à l'étude de la rupture spontanée pendant la grossesse d'un utérus antérieurement cicatrisé. (*Th. Lyon*, 1925.) — COUVELAIRE. Césarienne et pelvitomie. (*Congrès Ass. Obst. Gyn.*, 1<sup>er</sup> oct. 1925.) — COUVELAIRE et PORTES. A propos de la césarienne transpéritonéale basse. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — CRAWFORD. Opération césarienne. (*New-Orléans Med. Surg. J.*, mars 1925.) — DUJOL. Rupture utérine au 8<sup>e</sup> mois de la grossesse chez une femme ayant eu deux césariennes antérieures. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 322.) — DUJOL et CLÉMENT. La rupture spontanée pendant la grossesse de l'utérus antérieurement césarisé. (*Rev. fr. Gyn. et Obst.*, 10 oct. 1925.) — FLEURENT. A propos de la section césarienne basse. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — FOURNIER. Césarienne tardive, opération de Porro. Embolie pulmonaire. Guérison. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 484.) — FOURNIER et RASCOL. Césarienne itérative. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 490.) — FROMMER. Interruption de la gestation par opération césarienne. (*New-Orléans med. Surg. J.*, mai 1925.) — GONZALEZ. La laparatomie obstétricale de nécessité. (*Rev. méd. latino-amér.*, mars 1925.) — GORDON ROBERTS. Opération césarienne post-mortem. Enfant vivant. (*Brit. Med. J.*, 1925, p. 829.) — GRACA. Césarienne post-mortem et extraction de l'enfant vivant. (*Bratisl. lekarske listy*, oct. 1925.) — HEINSIUS. Petite césarienne extra-péritonéale vaginale. (*Z. f. G.*, 4 avril 1925.) — HORNUNG. Extirpation totale de l'utérus gravide par voie vaginale et avec anesthésie locale en cas de tuberculose pulmonaire. (*Z. f. G.*, 6 juin 1925.) — KOLOMAN et LEHOCZKY. Opération césarienne itérative. (*Arch. f. Gyn. Berlin*, 12 déc. 1925.) — KUPKA. Deux cas de césarienne en cas de placenta prævia. (*Z. f. G.*, 28 nov. 1925.) — DE LEE. Opérations césariennes. (*J. A. M. A.*, 14 mars 1925.) — LAWRENCE. Technique de la césarienne classique. (*A. J. O. G.*, juin 1925.) — LAPEYRE. Opérations césariennes pratiquées dans le service de clinique chirurgicale de Tours. (*Gaz. méd. Centre*, 15 juillet 1925.) — LE ROY DES BARRES. Note sur un cas d'opération de Portes. (*Bul. Soc. méd. chir. Indochine*, avril 1925.) — LIEPMANN. L'accouchement avec un utérus extirpé. (*Deut. Med. Woch.*, mai 1925.) — MACIAS DE TORRES. La césarienne classique pour nanisme. (*Rev. Esp. Obst. Gin.*, avril 1925.) — MARASSI.

Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. (*Th. Paris*, 1925.) — MOREIRA. Opération et pubiotomie. (*Méd. contemporanea*, 25 nov. 1925.) — OLIVER. La fermeture de l'endomètre dans l'opération césarienne. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1925, p. 706.) — OTT. Petite césarienne extra-péritonéale vaginale. (*Z. f. G.*, janv. 1925, p. 268.) — OULIÉ. Césarienne 24 heures après rupture de la poche des eaux et application de forceps. (*Bul. S. O. G.*, n° 7, 1925.) — PLANELL. Conception clinique actuelle de la césarienne avec extériorisation. (*Rev. Esp. Obst. Gin.*, juillet 1925.) — QUEINNEC. Considérations sur l'opération césarienne à la clinique d'accouchement de Bordeaux. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — RISACHER et LAFFITTE. Un cas de césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus et hystérectomie secondaire. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — MAURICE RIVIÈRE. Césarienne itérative dans un bassin oblique ovalaire de Nœgelé. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 303.) — SCEMLA. Indications respectives des pelvitomies et de la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (*Th. Paris*, 1925.) — SCHICKELÉ. Césarienne et pelvitomie. (*Congrès Ass. Obst. Gyn.*, 1<sup>er</sup> oct. 1925.) — DE SOUZA. Césarienne basse pour placenta prævia. (*Rev. Gyn. Obst. Brasil*, avril 1925.) — SPENCER. Opération césarienne. (1925, *Bale édit. London*.) — UBALDO FERNANDEZ. La césarienne abdominale classique. (*Prensa medica*, janv. 1925.) — VILLETTE. La césarienne dans un cas de physiométrie. (*Th. Toulouse*, 1925.) — WILBANKS. L'opération césarienne, ses indications. (*Texas J. med.*, avril 1925.) — ZANETTI. Opération césarienne pour placenta prævia. (*Policlinico*, 5 oct. 1925.)

## Chapitre IX.

### ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

BRAULT. L'avortement thérapeutique. (*Gaz. med. Centre*, 15 nov. 1925.) — FRANQUÉ. Les bases de la technique de l'évacuation de l'avortement. (*Monat. Geb. Gyn.*, 1925, p. 320.) — FULTON. Indications et méthode de l'avortement. (*Kentucky med. J.*, fév. 1925.) — HIRSCH. Légalisation de l'avortement artificiel et son rôle au point de vue eugénique. (*Z. f. G.*, 22 août 1925.) — HOLZAPFEL. Interruption de la gestation et pénalités. (*Z. f. G.*, 14 mars 1925.) — NIEDERMAYER. Interruption de la gestation et pénalités. (*Z. f. G.*, 2 mai 1925.) — PROCHEL. Les indications de l'interruption artificielle de la gestation. (*Z. f. G.*, 12 déc. 1925.) — VALLOIS. Accouchement prématuré provoqué chez une femme ayant subi antérieurement une opération césarienne. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — WINTER. Légalisation de l'avortement artificiel. (*Z. f. G.*, 9 mai 1925.) — ZANGEMEISTER et BAËR. Interruption artificielle de la gestation en cas de bassin rétréci d'après notre méthode. (*Z. f. G.*, 6 juin 1925.) — ZOMAKION. Les suites de l'évacuation utérine dans les premiers mois de la gestation. (*Z. f. G.*, 1<sup>er</sup> août 1925.)

## HUITIÈME PARTIE

### SUITES DE COUCHES

#### *Chapitre I.*

#### ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

LANKOVITZ, qui a étudié l'involution utérine dans les suites de couches, a constaté que la régression est plus marquée dans les deux premiers jours. Cette rapidité diminue avec l'âge, à partir de 28 à 30 ans, mais alors la régularité de l'involution augmente.

Si l'accouchement est long et la distension de l'utérus grande, la régularité de l'involution est diminuée ; de même, si l'utérus a été le siège d'avortements artificiels. L'allaitement augmente la rapidité de l'involution.

En étudiant la formule leucocytaire de la femme au moment de l'accouchement, HASAN a trouvé une forte leucocytose, qui va en diminuant jusqu'au quatrième jour, pour atteindre la normale. Après l'accouchement, il y a diminution de l'hémoglobine, disparition des éosinophiles et lymphopénie ; le cinquième jour : élévation de l'éosinophilie et leucocytose ; puis la formule sanguine tend à se rapprocher de la normale. La durée, les complications et surtout les grandes pertes de sang pendant l'accouchement se font nettement sentir sur cette formule.

#### BIBLIOGRAPHIE.

DELPEYROU. Contribution à l'étude clinique de l'involution utérine puerpérale. (*Th. Paris*, 1925.) — DUMITRESCO. Sur l'action anti-bactérienne des lochies. (*C. R. Soc. Biol.* 1925.) — HASAN. Formule leucocytaire chez la femme en couches et dans les

suites de couches dans des conditions normales. (*Moscowki med. J.*, n° 12, 1925.) — LEVY-SOLAL, SIMARD, LELOUP et MÉRAT. Etude de l'immunité vis-à-vis du streptocoque au cours de la gestation et de la puerpéralité. (*C. R. Soc. Biol.*, 7 fév. 1925.) — LANKOVITZ. Question de l'involution utérine au cours des premiers 7 jours de suites de couches normales. (*Wratchebnoe oboz.*, n° 2, 1925.) — NEUMAN. Variations du sang touchant les globules rouges pendant l'accouchement et dans les suites de couches. (*Z. f. G.*, 14 mars 1925, p. 586.) — SCHUBERT. Physiologie et thérapeutique des suites de couches. (*Z. f. G.*, 14 mars 1925, p. 622.) — TRETENERO. L'épreuve de Filinski dans l'état puerpéral. (*Rev. Ital. gin.*, nov. 1925.) — WIELOCH. Rétraction et hémostase du post-partum. (*Z. f. G.*, 21 nov. 1925.) — ZUBER. Du rôle de la rupture prématurée des membranes dans l'infection des suites de couches. (*Th. Paris*, 1925.)

## Chapitre II.

### SÉCRÉTION LACTÉE

DORLENCOURT et PALPY ont étudié les variations de quantité de cholestérine dans le colostrum humain et ont trouvé 0<sup>gr</sup>,44 pour 1 000 de moyenne (0<sup>gr</sup>,90 à 0<sup>gr</sup>,16). Il y a des variations d'une femme à l'autre et chez la même femme, d'un jour à l'autre. Cette quantité n'est pas proportionnelle à l'abondance des graisses. Il y a diminution du taux depuis l'accouchement jusqu'à la montée laiteuse. Dans le lait, la moyenne est de 0<sup>gr</sup>,21 pour 1 000, avec augmentation à la fin de la tétée. L'alimentation n'aurait pas d'influence sur le taux de la cholestérine.

BANU et HÉRESKO ont constaté que l'hyperglycémie produite par le régime alimentaire ne change pas le taux du lactose, mais produit une diminution de la sécrétion lactée avec augmentation du taux des graisses.

Le résultat des recherches de HESS et HELMANN confirme les résultats déjà publiés : il n'y a pas de rapport entre le contenu en graisse et le contenu en phosphate dans le lait. Le taux en phosphate varie aux diverses époques de la lactation et il y a deux fois plus de phosphate dans le lait de vache que dans le lait de femme.

BLANCHETIÈRE a étudié les variations des éléments minéraux du lait suivant les saisons : en hiver, les sels alcalins diminuent, au contraire, il y a augmentation des sels alcalino-terreux.

La césarienne, suivie ou non d'hystérectomie, n'a pas d'influence sur l'allaitement. Sur 52 césariennes classiques et 14 hystérectomies,

EYRAND a constaté que la sécrétion lactée s'était effectuée normalement dans 65 à 70 pour 100 des cas.

HEUSLER a vérifié les recherches de MOLL (de Vienne) qui avait trouvé une élévation de température de la glande mammaire en activité. Chez 86 nourrices, l'augmentation était de 0°,3 à 0°,8 sur la température axillaire ; au contraire, chez 50 femmes saines, ni nourrices, ni enceintes, la température sous-mammaire était inférieure de 0°,2 à 0°,5 ; enfin, chez 10 femmes enceintes, les résultats furent variables.

#### BIBLIOGRAPHIE.

BANU et HERESCO. Recherches sur la sécrétion lactée chez la femme. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925.) — BLANCHETIÈRE. Variations saisonnières de quelques éléments minéraux du lait. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 1295.) — DORLENCOURT et PALPY. 1° Recherches sur les variations physiologiques du taux de cholestérine dans le colostrum humain. (*C. R. Soc. Biol.*, 17 janv. 1925.) — 2° Recherches sur les variations physiologiques du taux de la cholestérine dans le lait de femme. (*C. R. Soc. Biol.*, 31 janv. 1925.) — EYRAND. Contribution à l'étude de l'allaitement maternel après césarienne conservatrice ou suivie d'hystérectomie. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — FONTES et THIOROLLE. Fer total au cours de l'allaitement. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 681.) — FITZWILLIAMS. Anomalies de la sécrétion lactée. (*Proc. Roy. Soc. med.*, octobre 1925.) — GARDNER et FOX. Variations dans la composition du lait de femme. (*Practitioner* London, fév. 1925.) — HESS et HELMAN. Le phosphore et les phosphates dans le lait de femme et le lait de vache. (*J. of Biol. chem.*, juillet 1925.) — HEUSLER. L'élévation de température de la glande mammaire en lactation. (*Z. f. G.*, 1925, p. 204.) — HOOBLER. Le lait humain. (*J. A. M. A.*, 17 janv. 1925, p. 165.) — LACAPERE. Sur le traitement des nourrices syphilitiques. (*Maroc méd.*, 15 mai 1925.) — MARANON et ROGUZ. Sécrétion lactée prolongée. (*Boletin med.*, janv. 1925.) — SCHWARZ. La contagiosité du lait de femmes syphilitiques. (*Z. f. G.*, 1<sup>er</sup> août 1925, p. 1709.) — SPINDLER. Contribution à l'étude des modifications urinaires au cours de l'allaitement. (*Th. Paris*, 1925.) — SIMPSON et RAMOS. Lactation. (*Revist. med. cir.*, La Havane, janvier 1925.)

### Chapitre III.

## INFECTION PUERPÉRALE

**Étiologie.** — La forme la plus commune de l'infection puerpérale est due au streptocoque. BIGGER a souvent trouvé dans le vagin et l'utérus post-partum des streptocoques non hémolytiques du type

foecalis : l'exaltation du virus serait, pour lui, peut-être la cause de la fièvre puerpérale. IVENS considère l'auto-infection comme fréquente, il s'agit de streptocoque ou de colibacille ; aussi conseille-t-il l'examen bactériologique des urines ; l'infection génito-urinaire latente serait une cause d'inertie.

BELONQUINE a étudié les différentes voies de diffusion de l'infection puerpérale par des recherches anatomo-pathologiques. Il élimine les infections directes par rupture ou perforation de l'utérus. Sur 110 cas, il eut 41 pour 100 de cas où l'infection se propagea par la trompe, 22 pour 100 par les lymphatiques de la paroi utérine et 14 pour 100 par les lymphatiques du paramètre. Ceci ne concorde pas avec l'opinion de nombreux gynécologues qui considèrent comme nul le mode de propagation de l'infection par la trompe.

ZUBER trouve que la rupture prématurée des membranes dans l'accouchement normal n'est pas une cause d'infection, elle augmente seulement la durée du travail. Si un pronostic fâcheux était porté en général dans ce cas, c'est qu'il coïncide souvent avec une cause de dystocie.

**Traitement.** — ROWLETTE recommande l'abstention de toute intervention intra-utérine, même les injections. Il a eu de bons résultats avec l'auto-vaccin.

BECK a essayé d'immuniser les accouchées par des injections sous-cutanées de nucléinate de soude. Les cas d'infection auraient été cinq fois moins importants chez les femmes immunisées.

PIPER a songé à traiter l'infection puerpérale par injection intraveineuse de mercurochrome. Ce médicament, qui avait donné des résultats remarquables, surtout dans les septicémies, n'a pas donné des résultats aussi encourageants dans l'infection puerpérale.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- ASTÉRIADES. Deux cas d'infection puerpérale grave guéris par hystérectomie vaginale. (*Bul. Soc. chir.*, 1925, p. 608.) — AUDEBERT et RASCOL. Un cas de streptococémie mortelle survenant 13 jours après l'accouchement chez une paludique. (*Bul. S. O. G.*, n° 6, 1925.) — BECK. Un essai d'immunisation contre l'infection pendant l'accouchement. (*Ginekol. Polska*, 1925, p. 552.) — BELONQUINE. Les voies empruntées par l'infection puerpérale au cours de la fièvre puerpérale. (*Rousskaïa klin*, t. III, 1925.) — BIERMER. Immunisation des femmes, en état de gestation et dans les suites

de couches, contre l'infection puerpérale. (*Z. f. G.*, 28 mars 1925.) — BIGGER. Etiologie de la fièvre puerpérale. (*Med. Pies. and Cir.*, juillet 1925.) — CASSIE. Prévention de la mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale. (*Lancet*, 7 fév. 1925.) — CIVRY. Traitement de l'infection puerpérale par les injections intra-utérines d'essence de térébenthine. (*Maroc méd.*, 15 déc. 1925.) — DELMAS. Thérapeutique intra-utérine de l'infection puerpérale. (*ClinicaLab.*, janv. 1925.) — DESCARPENTRIES. Traitement de la fièvre puerpérale par injections d'autosang hémolysé. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — DEVÈZE. Infection puerpérale prolongée et à épisodes multiples. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 241.) — DUCAROS. De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 290.) — ECLES. Quelques problèmes de la bactériologie de l'infection puerpérale. (*Med. J.*, août 1925.) — FITZGIBBON. Septicémie puerpérale. (*Med. Pres. cir.*, 15 juillet 1925.) — FORGET-URION. Fièvre puerpérale grave traitée par 10 piqûres de novar-sénobenzol. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — FRUINSCHOLZ. Endocardite maligne du post-partum. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 428.) — FURST. Le rôle de l'examen rectal pour la prophylaxie de l'infection puerpérale. (*Z. f. G.*, 1<sup>er</sup> août 1925.) — GLUCK. Rôle pour le développement de septicémie des restes placentaires après accouchement à terme. (*Z. f. G.*, 28 novembre 1925.) — GREIFFENBERG. Guérison d'un cas de septicémie ayant duré 8 mois à la suite d'une infection puerpérale. (*Monat. geb. gyn.*, fév. 1925, p. 261.) — GUYOT et ICHON. Sur un cas de luxation pathologique de la hanche au cours d'une septicémie puerpérale. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 366.) — HAIRSTON. Traitement de la septicémie puerpérale. (*New-Orléans med. surg. J.*, janv. 1925.) — HERSCHAU. Traitement de la septicémie puerpérale par les mélanges de métaux colloïdaux. (*Münch. med. Wochen.*, mars 1925.) — HOUEL et JAHIER. A propos de deux cas d'accès pernicieux paludéens simulant l'infection puerpérale. (*Rev. Fr. gyn. et obst.*, 25 mai 1925.) — ILIESCO. Du pronostic dans l'infection puerpérale. (*Th. Paris*, 1925.) — IVENS. Infection puerpérale. (*Brit. med. J.*, 28 mars 1925.) — JACQUES. Les symptômes de la fièvre puerpérale et leurs rapports avec les lésions anatomo-pathologiques. (*Th. Strasbourg.*) — KUSNER. Fièvre puerpérale et son traitement. (*Deut. med. Wochen.*, janv. 1925.) — LAPERVENCHE. Traitement par le novar. et le sulfar. de l'infection puerpérale. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — LAPOINTE. Traitement de l'infection puerpérale. (*Bul. Soc. Chir.*, 1925, p. 854.) — LASH et KAPLAN. La fièvre puerpérale et la toxine du streptocoque hémolytique. (*J. A. M. A.*, 27 juin 1925.) — LEHMANN. Valeur clinique de la détermination de la virulence des germes dans l'infection puerpérale. (*Münch med. Wochen.*, 13 mars 1925.) — LÉVY-SOLAL et LOLOUP. Traitement de l'infection puerpérale généralisée par la vaccinosérothérapie humaine spécifique. (*Paris méd.*, 20 juin 1925.) — LÉVY-SOLAL et SIMARD. Traitement précoce de l'infection puerpérale au moyen de pansements spécifiques. (*Pres. med.*, 22 juillet 1925.) — LICHTENSTEIN. Prophylaxie de l'atonie dans les suites de couches. (*Münch. med. Wochen.*, avril 1925.) — G. LOUIS. Traitement de l'infection puerpérale. (*Hôpital*, mai 1925.) — MAPLE. Infections puerpérales. (*Illinois med. J.*, mai 1925.) — H. MAYER. L'usage du mercurochrome en obstétrique. (*A. J. O. G.*, août 1925.) — MONSIORSKI. Les principes de la prophylaxie et du traitement des infections puerpérales. (*Ginek. Polska*, 1925, p. 515.) — MONSIORSKI, PORAJETTI et WYSROGOD. A propos de l'in-

fection puerpérale. (*Ginek. Polska*, 1925, p. 5.) — MONTESTRUE. La trombo-phlébite utéro-pelvienne dans l'infection puerpérale. (*Th. Bordeaux*, 1924-1925.) — NURNBERGER. Diagnostic et traitement des infections puerpérales par le bacille de Fraenkel. (*Münch. med. Woch.*, octobre 1925.) — PARACHE. Traitement des formes localisées de l'infection puerpérale. (*Arch. med. cir. Espec.*, 1925.) — PIPER. L'usage intraveineux du mercurochrome. (*A. J. O. G.*, sept. 1925.) — POLAK. 1° Les formes d'infection puerpérale qui demandent une intervention chirurgicale. (*New-York J. med.*, 6 mars 1925.) — 2° Infections puerpérales et leurs traitements. (*A. J. O. G.*, octobre 1925.) — PONS. Infection secondaire de l'utérus. (*Soc. Path. Exot.*, 11 mars 1925.) — PUPPEL. Application de l'iodonascin dans la fièvre puerpérale. (*Z. f. G.*, 28 fév. 1925.) — SALÉN. Vaccinothérapie par voie veineuse dans l'infection puerpérale (*Comité méd. Bouches-du-Rhône*, fév. 1925.) — SCHUMANN. La septicémie puerpérale. (*Méd. J. Rec.*, 16 déc. 1925.) — RIOTTE. Septicémie puerpérale et gangrène pulmonaire. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 345.) — RIVIÈRE. Traitement de l'infection puerpérale par les sels d'arsenic. (*Paris méd.*, 20 juin 1925.) — ROULLAND. A propos du traitement des infections puerpérales. (*Bul. méd.*, 23 sept. 1925.) — ROWLETTE. Cause et traitement de la septicémie puerpérale. (*Med. Pres. cir.*, 15 juillet 1925.) — THOUVENIN. L'hystérectomie dans l'infection puerpérale. (*Arch. med.*, Angers, juillet 1925.) — VALLOIS. Traitement utérin dans l'infection puerpérale. (*Sud. med. chir.*, 15 avril 1925.) — ZUBER. Rôle de la rupture prématurée des membranes dans l'infection de suites de couches. (*Th. Paris*, 1925.)

## Chapitre IV.

### INFECTIONS MAMMAIRES

VIGNES, à la suite d'un cas de nécrose de la glande mammaire consécutive à une injection rétro-mammaire de sérum artificiel, s'élève contre cette méthode ; il la considère comme dangereuse. Il ne trouve pas d'excuse à la faire même dans son efficacité, car, dans l'anémie de moyenne importance, l'injection sous-cutanée donne d'excellents résultats et en cas d'hémorragie importante, il faut avoir recours au sérum intraveineux. Ces injections rétro-mammaires sont particulièrement dangereuses si le sérum est additionné d'adrénaline. D'une façon générale, d'ailleurs, le mélange sérum et adrénaline expose à des nécroses étendues lorsqu'on l'emploie en pratique obstétricale, probablement par suite d'une hyperadrénalinémie gravidique.

## BIBLIOGRAPHIE.

- ALLARIA. Mastite de l'allaitement traitée par le camphre. (*Pratica Pediat.*, fév. 1925.) — BARDON et PIÉCHAUD. Sur un cas de galactocèle. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — DYROFF. Fièvre de lait, fièvre d'origine non locale. (*Z. f. G.*, déc. 1925.) — VIGNES. Nécrose totale de la glande mammaire consécutive à une injection rétro-mammaire de sérum artificiel. (*J. des Praticiens*, 31 janv. 1925.)

## Chapitre V.

## INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

Dans les cas d'inversion totale récente, en présence d'une hémorragie grave et menaçante, quand toutes les tentatives de reposition de l'utérus ont échoué, CZYEWICZ préconise le procédé opératoire suivant : ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur, incision médiane de la paroi postérieure du segment inférieur et dans ces conditions, la reposition est alors facile. Ce procédé diffère des autres en ce que l'incision n'intéresse que le segment inférieur.

## BIBLIOGRAPHIE.

- BOMPIANI. Inversion puerpérale aiguë de l'utérus. (*R. Ospedal*, 15 avril 1925.) — CZYEWICZ. A propos du traitement de la métrorragie au cours de l'inversion totale de la matrice. (*Genek Polska*, 1925, p. 197.) — DUJOL. Deux cas d'inversion utérine. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — FISHER. Inversion utérine obstétricale. (*Ohio state med. J.*, janv. 1925.) — FRUHHINSHOLZ. Un cas d'inversion utérine. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 257.) — HOLDEN. Deux cas d'inversion de l'utérus. (*New-York obst. soc.*, 13 oct. 1925.) — KAMBERG et BOL. Inversion utérine puerpérale à répétition. (*Nederl. Tijdsch gen.*, 9 mai 1925, p. 2141.) — MASON et RUCKER. Inversion utérine. (*A. J. O. G.*, nov. 1925.) — OASTLER. Un cas d'inversion complète de l'utérus. (*New-York obst. soc.*, 13 oct. 1925.) — PHANEUF. Inversion de l'utérus. (*Amer. Ass. Obst. gyn. abd. surg.*, 16 sept. 1925.) — QUERELLA. Inversion totale de l'utérus d'origine obstétricale. (*Ann. obst. gin.*, avril 1925.) — RHENTER et BANSILLON. Un cas d'inversion utérine. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.)

## Chapitre VI.

### AFFECTIONS DIVERSES PENDANT LES SUITES DE COUCHES

#### I. — PHLÉBITES ET THROMBOSE DANS LES SUITES DE COUCHES

AUDEBERT et GALY-GASPARROU. Phlébite variqueuse et embolies répétées dans les suites de couches. (*Bul. S. O. G.*, n° 7, 1925.) — CHALIER et MOREL. Endocardite infectieuse puerpérale avec anévrisme valvulaire et perforation de la petite valve de la mitrale. (*Soc. nat. méd. Sc méd.* Lyon, 14 janv. 1925.) — COMMANDEUR et PUIG. Des accidents gravido-cardiaques aigus et spécialement l'œdème aigu du poumon au cours des suites de couches. (*J. méd. Lyon*, 6 nov. 1925.) — COUDERT. Diagnostic et traitement de la phlegmatia alba-dolens des accouchées. (*J. med. chir. prat.*, oct. 1925.) — NEUMANN. Cas de mort subite dans les suites de couches. (*Z. f. G.*, 30 juin 1925.) — PENCAUD. Traitement des phlébitis puerpérales par les injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal. (*Th. Toulouse*, 1925.) — PLANTIER. Contribution à l'étude de la phlegmatia albadolens post-abortum. (*Th. Toulouse*, 1925.) — PROBST. Thrombose et embolie post-opératoire et puerpérale. (*Z. f. G.*, 16 mai 1925.) — SCHAAUNING. Thrombose puerpérale et abcès du poumon. (*Norsk mag. Lægeviden*, avril 1925.) — STEIN. Gangrène des extrémités à la suite d'opérations gynécologiques et de la puerpéralité, avec remarque sur l'embolie. (*A. J. O. G.*, mai 1925.) — ZANGEMEISTER. Thrombose sinusale dans les suites de couches rappelant le tableau clinique de l'éclampsie. (*Z. f. G.*, 31 janv. 1925.)

#### II. — AFFECTIONS NERVEUSES DANS LES SUITES DE COUCHES

FRUHHINSHOLZ et FRANÇAIS. L'hémiplégie des accouchées. (*G. O.*, janv. 1925.) — TALLEY et ASHTON. Paralysies centrales puerpérales. (*J. A. M. A.*, 4 juillet 1925.) — TOULOUSE et MARCHAND. Puerpéralité et épilepsie. (*Gaz. Hôp.*, 23 déc. 1925.) — WILSON. La manie puerpérale. (*Brit. med. J.*, 31 oct. 1925.)

#### III. — AFFECTIONS DIVERSES

BUISINE. Ostéomalacie puerpérale. (*J. Sc. med. Lille*, 13 déc. 1925.) — CHARBONNET. Emphysème sous-cutané après le travail. (*Surg. Gyn. obst.* 1925, p. 105.) — FRANZ

Sur l'augmentation de la blennorragie dans les suites de couches et après avortement. (*Z. f. G.*, 5 décembre 1925.) — GAUJOUX et DELORD. Fibrome sphacélé dans les suites de couches. (*Réun. obst. gyn.* Montpellier, 4 fév. 1925.) — KIEFER. Mortalité dans les suites de couches après intervention intra-utérine. (*Z. f. G.*, 18 avril 1925.) — KOSMAK. Emphysème sous-cutané après le travail. (*Surg. gyn. obst.*, 1925, p. 434.) — OPPENHEIMER. Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané chez une parturiente. (*Monat. geb. gyn.*, sept. 1925.) — TREECK. Appendicite dans les suites de couches. (*Z. f. G.*, 25 avril 1925.)

---



# NEUVIÈME PARTIE

## SUITES DE NAISSANCE

### *Chapitre I.*

#### ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

##### *I. — PHYSIOLOGIE DU SANG CHEZ LE NOUVEAU-NÉ*

FRIEDLANDER et WIEDMER établissent que le nombre de cellules basophiles dans le sang du nouveau-né varie entre 15 000 et 18 000 par centimètre cube et diminue uniformément jusqu'au 10<sup>e</sup> jour, époque où le nombre correspond à celui de l'adulte.

POLITZER rappelle les travaux d'ARNETH qui avait classé certaines affections suivant le nombre des noyaux des polynucléaires du sang. Il a repris ces recherches et a constaté que chez les nouveau-nés, il n'y a pas de « déplacement nucléaire » les deux premiers jours ; ce déplacement se produit le 4<sup>e</sup> ou le 5<sup>e</sup> jour. Chez les prématurés, le déplacement nucléaire a lieu dès les premiers jours. Dans les maladies hémorragiques du nouveau-né, il existe des signes d'hyperactivité myélo et érythropoïétique.

#### BIBLIOGRAPHIE.

BANSSILLON. Les groupes sanguins de la mère et du fœtus. (*Th. Lyon*, 1925.) — BRIAND et SPINDLER. Contribution à l'étude des variations de l'agglutination du sang total de la mère et de l'enfant nouveau-né. (*Bul. S. O. G.*, n° 7, 1925.) — FRIEDLANDER et WIEDEMER. Les cellules basophiles chez le nouveau-né. (*Amer. J. Dis. child.*, déc. 1925.) — MOREL et DUBOST. Étude comparative du sang de la mère et du sang du cordon. (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 15 déc. 1925.) — PLASS et MATTHEW. Chimie du

sang fœtal et du sang maternel. (*Johns Hopkins Hosp. Bul.*, juin 1925.) — POLITZER. 1° L'hématogramme chez le nouveau-né. (*Policlinica*, 14 sept. 1925.) — 2° Le sang et la moelle osseuse chez les prématurés. (*Pédiatria*, Naples, 15 janv. 1925.) — VIGNES. Le sang du fœtus et du nouveau-né. (*Progrès méd.*, 2 mai 1925.)

## II. — ÉTUDES PHYSIOLOGIQUES DIVERSES

ROBERTS en examinant 425 liquides céphalo-rachidiens de nouveau-nés a constaté que la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien est physiologique chez le nouveau-né ; plus intense en cas d'ictère, elle s'atténue vers le 4<sup>e</sup> jour et disparaît vers le 9<sup>e</sup>. Dans 60 cas, il a trouvé une hémorragie intra-crânienne, alors que 26 seulement s'étaient manifestées par des signes extérieurs. Ces hémorragies sont donc relativement fréquentes, même dans le travail normal ; le chiffre des décès précoces est élevé (20 pour 100), mais les complications tardives sont rares.

FONTÈS et THIVOLLE ont constaté que les animaux d'une même portée présentent une teneur en fer absolument égale.

### BIBLIOGRAPHIE.

- ASCHNER. Les bases de la constitution. (*Z. f. G.*, fév. 1925.) — BACCICHETTI. Forme du cœur infantile. (*Clinica Pediat.*, fév. 1925.) — BERBERICH et BAR. Les cellules graisseuses dans le cerveau du nouveau-né ou du fœtus. (*Münch. med. Woch.*, 31 juillet 1925.) — BROWN et TISDALL. L'acidité dans les selles du nourrisson. (*New-York med. J.*, 6 fév. 1925.) — COUDAT. État de choc chez un nourrisson après injection d'eau albumineuse. (*Arch. méd. Enfants*, janv. 1925.) — FONTÈS et THIVOLLE. Constance de la teneur en fer rapportée à l'unité de poids chez le fœtus à terme d'une même portée. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 266.) — HARMELIN. Étude du chimisme gastrique chez le nourrisson. (*Th. Paris*, 1925.) — LEONIDA. Réflexes vasomoteurs de la première enfance. (*Clinica pediat.*, mai 1925.) — LESNÉ et CH. RICHEL fils. Fonctionnement des corps opto-striés chez le nourrisson. (*Pres. med.*, 7 janv. 1925.) — LÉVY. Les droits physiologiques du nouveau-né. (*Th. Nancy*, 1925.) — MARSH et MURLIN. Le métabolisme des enfants prématurés. (*Amer. J. Dis. child.*, sept. 1925.) — MURLIN. Le métabolisme chez les nouveau-nés normaux. (*Amer. J. Dis. child.*, janv. 1925.) — PROGULKI. Influence des protéines sur la sécrétion de l'urine chez les nouveau-nés. (*Polska gaz. Lek.*, n° 1, 1925.) — H. ROBERTS. Le liquide céphalo-rachidien du nouveau-né. (*J. A. M. A.*, août 1925.) — ROUCHI et REDLICH. La réaction de Schick chez le nouveau-né et chez la mère. (*Pédiatria*, 15 juin 1925.) — RUSESCO. Étude sur le traitement de la taille chez le nourrisson de la

naissance à un an. (*Th. Paris*, 1925.) — SEITZ. Sur quelques proportions du corps chez les nouveau-nés. (*Z. f. G.*, 15 août 1925.) — STOELZNER. Les courbes de poids chez les enfants. (*Arch. f. Kind.*, 31 déc. 1925.) — TISSIER et DREYFUS. Sur les streptocoques de la flore intestinale des nourrissons au sein. (*Soc. Biol.*, 21 février 1925.) — VIGNES. L'ombilic à la naissance et pendant les suites de naissance. (*Puéricultrie*, avril 1925.) — WEAVER ADAMS. L'estimation de la maturité fœtale par des mesures prises après la naissance. (*J. obst. gyn. Brit Emp.*, n° 4, 1925.) — ZALEWSKI. Réflexe oculo-cardiaque chez les nourrissons. (*Arch. méd. mal. Enfants*, fév. 1925.)

### III. — LES GLANDES ENDOCRINES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

VOGT réduit la perte physiologique de poids dans les premiers jours de la vie par injection de petites doses d'insuline. Cela détruit, pour VOGT, la théorie attribuant la perte de poids spécialement à des troubles du métabolisme aqueux. L'insuline a une action favorable sur le nouveau-né.

#### BIBLIOGRAPHIE.

TISDALL, BROWN et DRAKE. Métabolisme des hydrates de carbone chez le nourrisson normal. (*A. J. Dis. child.*, nov. 1925.) — VOGT. Action de l'insuline sur le nouveau-né. (*Z. f. G.*, 21 nov. 1925, p. 2652.)

## Chapitre II

### HÉRÉDITÉ ET PATHOLOGIE ANTÉNATALE

APERT. Héritéité et rétraction de l'aponévrose palmaire. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, 20 nov. 1925.) — ARLOING et DUFOURT. Transmission par voie transplacentaire du virus tuberculeux filtrant d'origine humaine : conceptions nouvelles sur l'hérédité tuberculeuse. (*C. R. Acad. Sc.*, 23 nov. 1925.) — R. DEBRÉ et LELONG. Différents aspects de l'hérédité tuberculeuse. (*Ann. méd.*, mars 1925.) — LEBBETTER. Cas d'idiotie amaurotique familiale chez un enfant d'origine non sémitique. (*Canad. med. Ass. J.*, avril 1925.) — LOCKART MUMMERY. Le rôle de l'hérédité dans le cancer. (*Lancet*, 28 fév. 1925.) — WARTHIN. Suite d'étude d'une famille à cancer. (*J. Cancer Research*, 1925, t. IX.)

### *Chapitre III.*

## **PUÉRICULTURE**

### *I. — ALIMENTATION DU NOURRISSON*

PÉTÉNYI considère que, si le lait de la mère constitue le meilleur aliment pour l'enfant, il peut manquer de certaines vitamines indispensables au développement du nourrisson. Il signale que DALYELLE et CHICK ont obtenu une augmentation rapide de poids chez les enfants en augmentant la ration de la mère de 10 à 30 grammes de jus de carotte et de 50 grammes de beurre. Des auteurs américains (STEINBOCK, ELLIS, HART, HESS) ont établi que la teneur du lait en vitamines A et C était liée au régime de la mère. Pour PÉTÉNYI, les cas d'arrêt de croissance du nourrisson exclusivement au sein seraient dus à une absence de la vitamine D ; il ajoute au lait maternel, une petite quantité de pommes de terre et de carottes. Dans de nombreux cas, cela aurait suffi à rendre le développement normal.

RAMOS et SIMPSON déclarent également que, si le lait de la mère est l'alimentation idéale pour la plupart des enfants, des nourrissons diffèrent dans leur métabolisme comme les diabétiques. Les exigences individuelles seraient assurées en modifiant le régime de la mère ou en modifiant le lait ; les organes de métabolisme des enfants, comme ceux des diabétiques, sont insuffisants.

GERSTEL rappelle que EPSTEIN avait recommandé en 1921 l'alimentation par bouillies (1) dans les cas de vomissements habituels du nourrisson et chez les hypotrophiques. Il a repris cette méthode dans des cas de vomissements habituels et dans des cas d'eczéma ; il a eu des résultats très favorables.

Rappelant son travail de 1916, CROUZEL insiste à nouveau sur l'habitude fâcheuse de continuer l'alimentation artificielle des nourrissons avec du lait de vaches gravides jusqu'au dernier mois de la gestation. Ce lait est déficient surtout en sels minéraux et en caséine :

(1) La composition de la bouillie est : 100 grammes de lait coupé d'eau, 2 cuillerées à café de gruau de froment, 1 cuillerée à café de sucre, une pincée de sel. On fait cuire 20 à 30 minutes et l'on donne : 2 à 3 cuillerées après chaque tétée ou biberon.

non seulement il est insuffisant, mais il provoque des troubles gastro-intestinaux. A partir du 3<sup>e</sup> mois de la gestation le lait doit être proscrit de l'alimentation.

## BIBLIOGRAPHIE.

BRACCI. La dilution du lait dans l'allaitement artificiel. (*Clinica Labor.*, janv. 1925.) — CROZER GRIFFITH. Inconvénients et nécessité des corps gras dans l'alimentation des nourrissons. (*Atlant. med. J.*, janv. 1925.) — CROSS. L'alimentation normale du nouveau-né. (*South. african med. Rec.*, 22 août 1925.) — CROUZEL. Pour une mesure de salut public. (*Méd. franç.*, 15 août 1925.) — DEVIN. Étude des centres d'élevage des nourrissons. (*Th. Paris*, 1925.) — DREYFUS. Flore intestinale et alimentation mixte. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 1566.) — DUNHAM. Acidification du lait pour alimentation des nourrissons. (*Amer. J. Dis. Child.*, fév. 1925.) — EMERSON. Le lait humain en poudre. (*Amer. J. Dis. Child.*, déc. 1925.) — J. GÉNIN. Contribution à l'étude de l'atrophie alimentaire du nourrisson. (*Th. Paris*, 1925.) — GERSTEL. Observations cliniques sur l'alimentation précoce des nourrissons par les bouillies. (*Mediz. Klin.*, 19 juin 1925.) — HARTWELL. Comparaison du lait de vache, frais, condensé en poudre. (*Brit. med. J.*, 13 juin 1925.) — JEUDON et NEUKIRCH. Le lait albumineux, son emploi en médecine infantile. (*J. méd. Paris*, 28 nov. 1925.) — MAYO. L'alimentation du nourrisson. (*Med. J. Australia*, 21 nov. 1925.) — PÉTÉNYI. Avitaminoses chez les nourrissons nourris au lait maternel. (*Monat. f. Kind.*, août 1925.) — PORCHER. Le procès de la matière grasse du lait. (*Le lait*, juin 1925.) — RAMOS et SIMPSON. L'allaitement. (*Rev. méd. Cir.*, janv. 1925.) — REUSS. Élevage des enfants prématurés et faibles. (*Wien. Klin. Woch.*, mars 1925.) — RIBADEAU-DUMAS et FOUET. Importance du facteur alimentaire dans le traitement des infections de la première enfance. (*Le nourrisson*, mai 1925.) — RICHARDSON. L'allaitement au sein. (*New-York J. med.*, 17 avril 1925, p. 653.) — SHELDON. L'alimentation des nourrissons. (*New-York J. med.*, 24 avril 1925.) — STEINKE. Collapsus provoqué par la soif au cours de la première semaine de vie. (*Z. f. G.*, 14 mars 1925.) — TISSIER et DREYFUS. Flore intestinale de l'enfant au biberon. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 308.) — TOVERND. 1<sup>o</sup> Dyspepsie dans l'alimentation au sein. (*Ugesk. Mag. Lægeviden.* Oslo, nov. 1925.) — 2<sup>o</sup> Cause fréquente de dyspepsie chez les enfants nourris au sein. (*Amer. J. Dis. Child.*, nov. 1925.) — VIGNES. Action des divers médicaments et aliments sur le lait. (*Pres. méd.*, avril 1925.)

## II. — RACHITISME

ARMAND-DELILLE pense que le rachitisme est dû à la carence des rayons solaires ; MARFAN, au contraire, ne croit pas que ce facteur en soit la cause déterminante tout au plus, pour lui, a-t-il une valeur

prédisposante. VARIOT considère le rachitisme comme une maladie déterminée par des erreurs de l'alimentation. Quant à LESNÉ, il attache de l'importance à l'un et l'autre facteur : à la carence de lumière et au régime alimentaire défectueux.

BLUM, DELAVILLE et VAN CAULAERT insistent sur le rôle de l'acidose et la diminution de la réserve alcaline du sang, empêchant la fixation du calcium et du phosphore. Ce fait explique, pour eux, l'action favorable des rayons ultra-violetts qui augmenteraient la réserve alcaline et au contraire l'inutilité, et même le danger, de la thérapeutique par certains sels calciques qui provoquent une acidose.

Mais quelle que soit la cause déterminante du rachitisme, les différents auteurs (LESNÉ et DEGENNES, BLOCH et FABER, LIGNIÈRES, GAUTHIER) signalent les résultats obtenus par l'emploi des rayons ultra-violetts.

CORWELL a étudié l'action des aliments irradiés ; il a donné, pour nourriture à deux enfants, du lait irradié ; au bout d'un mois de ce traitement, la radiographie montra une calcification nette ; un troisième enfant, nourri au lait ordinaire, ne présenta au bout du même temps, aucune modification. GYRGY a obtenu par ce traitement des résultats semblables.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- BANU, NÉGRESKO et HERESCO. Avitaminose, troubles de croissance et rachitisme. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925.) — BLOCH et FABER. Rachitisme. (*Ugesk. Loeger*, 16 avril 1925.) — BLUM, DELAVILLE et VAN CAULAERT. Sur la pathogénie du rachitisme. (*Pres. méd.*, 17 juin 1925.) — CORWELL. Aliments irradiés et rachitisme. (*Brit. med. J.*, 1925.) — DEBRAY. Contribution à l'étude de l'histologie pathologique du rachitisme. (*Th. Paris*, 1925.) — DE GENNES. Le traitement du rachitisme par les aliments irradiés. (*Pres. méd.*, 9 sept. 1925.) — ARMAND-DELILLE. Rachitisme et lumière. (*Soc. méd. Hôp.*, 5 juin 1925.) — GAUTHIER. Traitement du rachitisme par les rayons ultra-violetts. (*Th. Nancy*, 1925.) — GYRGY. Traitement du rachitisme par les aliments irradiés. (*Klin. Woch.*, 4 juin 1925.) — JAMET. Traitement du rachitisme d'après les modalités cliniques de cette affection. (*Th. Paris*, 1925.) — KLEIN. L'action des rayons ultra-violetts sur l'anémie des enfants rachitiques. (*Th. Strasbourg*, 1925.) — LESNÉ et DE GENNES. Traitement du rachitisme. (*J. méd. fr.*, sept. 1925.) — LIGNIÈRES. Les rayons ultra-violetts et leur emploi dans le rachitisme. (*Th. Paris*, 1925.) — MARFAN. 1° Le rachitisme. (*Pres. méd.*, 3 janv. 1925.) — 2° Le rachitisme expérimental. (*Pres. méd.*, 14 janv. 1925.) — 3° Rachitisme et lumière. (*Pres. méd.*, 24 janv. 1925.) — 4° Rachitisme et huile de foie de morue.

(*Pres. méd.*, 7 fév. 1925.) — 5° A propos de l'étiologie du rachitisme. (*Soc. méd. Hôp.*, 29 mai 1925.) — PARISOT. Étude clinique de 550 cas de craniotabès. (*Th. Paris*, 1925.) — TIXIER. Les maladies de l'enfance justiciables des rayons ultra-violet. (*Consultation*, mars 1925.) — VARIOT. 1° La taille et le poids dans le rachitisme. (*Soc. méd. Hôp.*, 13 nov. 1925.) — 2° A propos de l'étiologie du rachitisme. (*Soc. méd. Hôp.*, 19 juin 1925.) — WEBSTER et LÉONARD HILL. Les causes du rachitisme. (*Brit. med. J.*, 23 mai 1925.)

## Chapitre IV.

### MALFORMATIONS CONGÉNITALES

#### I. — MALFORMATIONS DE LA FACE, DU CRANE ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE

COURTIN. Asphyxie d'un nouveau-né par développement incomplet du frein de la langue. (*Monat. f. kind.*, avril 1925.) — GABRIELLE. Un cas de dysostose cléido-crânienne. (*Soc. chir. Lyon*, 1925.) — GREIG. Langue double. (*Edinburg med. J.*, janv. 1925.) — HECQUET. Deux cas de côtes cervicales. (*Soc. stomatologie*, 19 janv. 1925.) — HOUEL et JAHIER. Malformations fœtales multiples ayant entraîné une présentation définitive du front. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — LANCE. Gibbosités costales des nourrissons et scoliose congénitale. (*Soc. Pédiat.*, 17 fév. 1925.) — NAGEOTTE-WILBOUCHEWITH. Aplasie congénitale du plastron sterno-costal comme cause du thorax en entonnoir. (*Soc. Pédiat.* 20 janv. 1925.) — PAGES, PARÈS et CONTE. Un cas de dysostose cléido-crânienne. (*Soc. Sc. méd. Biol. Montpellier*, 24 avril 1925.) — PERSON. Accouchement d'un enfant vivant sans pariétal gauche. (*Pres. Méd.*, 16 sept. 1925.) — RAISON. Malformation congénitale de la face. (*Soc. stomat.* 19 janv. 1925.) — VEAU. Bec-de-lièvre et division palatine. (*Soc. Stomat.*, 22 juin 1925.) — VAN DEN WILDENBERG. Fistules congénitales du cou. (*Soc. Belge O. R. L.*, avril 1925.) — WORINGER. A propos de deux cas de synostose prématurée du crâne. (*J. méd. Paris*, 16 mai 1925.)

#### II. — MALFORMATIONS DES MEMBRES

ALLENBACH. Ectodactylie héréditaire et congénitale des quatre membres observée dans quatre générations. (*Ann. anat. pathol.*, mars 1925.) — BAZERT. Le « genu recurvatum » congénital, pathogénie et traitement. (*Rev. orthop.*, mars 1925.) — BOUQUET. Incurvation congénitale des os de la jambe. (*Th. Paris*, 1925.) — CORRET. La main bote congénitale. (*Th. Nancy*, 1925.) — FONTAINE. Contribution à l'étude du traite-

ment du pied bot varus équin chez le nourrisson. (*Th. Paris*, 1925.) — FRIDJOF BANG. Malformations congénitales ; courbure des os longs et hydropisie généralisée. (*G. O.*, 1925, p. 356.) — GILBERT. La polydactylite hérédo-syphilitique. (*Th. Paris*, 1925.) — GOURDON. Fractures et déformations osseuses congénitales. (*Soc. méd. chir. Bordeaux*). — KLIPPEL FRANÇOIS-DAINVILLE et FEIL. Absence congénitale du cubitus. (*Paris méd.*, 31 janv. 1925.) — LATTÀ. Amputations intra-utérines spontanées. (*A. J. O. G.*, nov. 1925.) — LELEU. La synostose congénitale radio-cubitale supérieure. (*Th. Paris*, 1925.) — LEREBoullet, SAINT-GIRONS et GOURNAY. Polydactylite hérédo-syphilitique du nourrisson. (*Arch. méd. Enfants*, nov. 1925.) — MAUCLAIRE. A propos du radius curvus. (*Bul. Soc. chir.*, 11 fév. 1925.) — NOVÉ-JOSSERAND. Malformations et subluxations de la hanche. (*Rev. orthop.*, mars 1925.) — OMBREDANNE. 1° Les indications dans le traitement du pied bot varus équin congénital. (*Bul. Soc. chir.*, 25 fév. 1925, p. 251.) — 2° Les indications dans le traitement du pied bot varus équin congénital. (*Marseille méd.*, 15 juin 1925.) — PERY. Un cas de malformations multiples chez un fœtus. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 380.) — PHILAIRE. Contribution à l'étude de la main bote congénitale. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — ROCHER. 1° Chondromatose ostéogénique associée à des dysplasies osseuses des fémurs et de l'humérus droit. (*Soc. Pédiatrie*, 20 janv. 1925.) — 2° Main bote cubito-palmaire gauche avec cubitus-valgus paralysie faciale gauche et pied bot varus équin droit d'origine congénitale. (*Soc. anat. clin. Bordeaux*, 3 juin 1925.) — 3° Main bote congénitale et main bote paralytique. (*Gaz. hebdom. Sc. méd. Bordeaux*, 25 oct. 1925.)

### III. — MALFORMATIONS CONGÉNITALES DU CŒUR

BIERENT. Cyanose congénitale, due à une malformation du cœur et des troncs artériels de la base. (*J. sc. méd. Lille*, 14 juin 1925.) — CIESZYŃSKI. Un cas de malformations multiples congénitales du cœur. (*Arch. méd. Enfants*, mars 1925.) — CIESZYŃSKI et POTROZYSKA. Malformation congénitale du cœur portant sur plusieurs orifices. (*Ped. Polska*, fasc. 4-5, 1925.) — DEHERRIPON et DELATTRE. Occlusion orificielle congénitale de l'artère pulmonaire. (*J. Sc. méd. Lille*, 22 fév. 1925.)

### IV. — HERNIES

BOURDE. Hernie ombilicale étranglée chez un bébé d'un an. (*Soc. chir. Marseille*, 2 fév. 1925.) — CASSOUTE et RATHELOT. Hernie inguinale droite contenant un volvulus non étranglé du côlon pelvien chez un nourrisson. (*Comité méd. Bouches-du-Rhône*, juin 1925.) — DUCHAMP DE LAGENESTE. Contribution à l'étude clinique et au traitement chirurgical de la petite hernie ombilicale chez l'enfant. (*Th. Paris*, 1925.) — DUNET et ROUSSET. Hernie tubo-ovarienne avec quadruple torsion du pédicule chez un nourrisson de 3 mois. (*Soc. nat. méd. sc. méd. Lyon*, 7 janv. 1925.) — FER-

NANDEZ. Hernie congénitale diaphragmatique. (*Rev. Soc. Nipologia*, Buenos-Aires, 24 sept. 1925.) — GIRARDIN. Présentation d'un cas de hernie diaphragmatique gauche congénitale. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 434.) — HAMANT. Hernie fœtale. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 259.) — QUERNEAU. Hernie ombilicale avec éviscération totale chez un nouveau-né, intervention, guérison. (*Gaz. méd. Centre*, 15 oct. 1925.) — ROCHET et PEYCELON. Volvulus de la trompe et de l'ovaire droits dans un sac herniaire chez un enfant de 10 mois. (*Soc. nat. méd. Sc. méd. Lyon*, 29 avril 1925.)

## V. — TORTICOLIS CONGÉNITAL

DESNOYERS et RISACHER. Torticolis congénital coexistant avec d'autres malformations. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 348.)

## VI. — DISPOSITION ANORMALE DES ORGANES

BLACMAR. Atrécie congénitale des points lacrymaux et absence de glandes salivaires. (*Amer. J. ophthal.* Chicago, fév. 1925.) — GIMENEZ GUINEA. Transposition du cœur et des viscères. (*Arch. Espan. Ped.*, mars 1925.) — HIPSLEY. Présence du foie dans le cordon ombilical d'un nouveau-né. (*Med. J. Australia*, 17 oct. 1925.)

## VII. — RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX DU DUODÉNUM

EBRARD. Rétrécissements congénitaux du duodénum. (*Gaz. Hôp.*, 16 mai 1925.) — FOWLER. Sténose pylorique du nourrisson. (*Ann. Surg.*, Philadelphie, déc. 1925.) — FRAIKLIN, ALLARD et BURILL. Spasme et sténose pylorique chez les nourrissons. (*Soc. Rad. méd. Fr.*, 15 octobre 1925.) — GERSTLEY. La sténose congénitale du pylore, son traitement, sa prophylaxie. (*Illinois méd. J.*, mai 1925.) — LEMAIRE et COLANERI. Signe de certitude de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson: « le calibre pylorique ». (*Soc. Rad. méd. Fr.*, 12 mai 1925.) — MARIQUE. Sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. (*Soc. clin. Hôp. Bruxelles*, 19 juin 1925.) — PERRIN. Sténose congénitale du pylore chez un nourrisson, guérison par pylorotomie. (*Soc. chir. Lyon*, 30 avril 1925.) — TURQUÉTY. Les atrésies et sténoses du duodénum dans la première enfance. (*J. méd. Paris*, 21 mars 1925.) — TURQUÉTY et FLORAND. Atrésies et sténoses du duodénum. (*Méd. infantile*, fév. 1925.)

## VIII. — MALFORMATIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

HOUEL et JAHIER. Malformations congénitales de la paroi abdominale et des organes génito-urinaires. (*Bul. S. O. G.*, n° 9, 1925.) — NICOLAESCO. De l'hypertrophie

congénitale de la vessie avec distention vésicale et perméabilité réelle du canal urétral. (*Th. Paris*, 1925.) — PAPIN et VERLIAC. Dilatation congénitale des tubes du rein. (*Soc. fr. urologie*, 27 avril 1925.) — PRIMANS. La dystopie rénale congénitale dans ses rapports avec l'atavisme. (*C. R. Soc. Biol.*, 1925.)

## IX. — TUMEURS CONGÉNITALES

KELLER. Méningo-myélocèle d'un nouveau-né opérée avec succès. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — PIQUET et INGELRANS. Lipome congénital circonscrit du pied. (*Réun. méd. chir. des hôp. Lille*, 21 déc. 1925.)

## X. — MONSTRUOSITÉS FŒTALES

W. ARLT. Un cas de monstruosité double. (*Z. f. G.*, 29 août 1925.) — DEBAUCOURT. Accouchement prématuré d'un tératome celosomen avec présentation de l'épaule et procidence d'une main et du foie. (*Pres. méd.*, 4 fév. 1925.) — DECKER. Monstre à deux têtes avec deux colonnes vertébrales complètes. (*China med. J.*, janv. 1925.) — DUFOSSE. Un cas de monstre unitaire exencéphalien. (*Bul. Soc. méd. Indo-Chine*, mai 1925.) — FAVREAU. Réflexions sur les monstres. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 381.) — HARO GARCIA. Un cas de térétoencéphalie. (*Rev. Espan. obst. gin.*, octobre 1925.) — IRSA. Thoracopagus tétrabrachius. (*Z. f. G.*, 26 sept. 1925.) — MANDELBAUM. Deux cas rares de monstruosité. (*Z. f. G.*, 17 oct. 1925.) — RIVIÈRE et LAPERVENCHE. Monstre double sternopage. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 381.) — ZARATE et WIDAKOWICH. A propos de deux monstres semblables frères non jumeaux. (*Rev. fr. gyn. obst.*, 10 mars 1925.)

## Chapitre V.

## PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ

### I. — AFFECTIONS CUTANÉES

BLECHMANN. Eczéma du nourrisson; morts rapides. (*Marseille méd.*, 5 mars 1925.) — CANDISH. 115 cas d'impétigos du nourrisson. (*A. J. O. G.*, fév. 1925.) — DWYER et KLINKERFUSS. Dermatitis gangréneuse du nouveau-né. (*Arch. Dermat. syph. Chicago*, mars 1925, p. 368.) — HUDELO et LOUET. Mort rapide au cours de l'eczéma chez les nourrissons. (*Paris méd.*, 21 mars 1925.) — PÉHU et SMITCH. L'urticaire commune de la première enfance. (*Nourrisson*, janv. 1925.) — SEATENA. L'impétigo dans les premiers jours de la vie. (*Policlinico*, 27 avril 1925.) — D. L. SMITH. L'eczéma des nourrissons. (*South. med. J.*, mai 1925.)

## II. — AFFECTIONS RÉNALES

La pyélite des nouveau-nés est une affection périodique souvent méconnue. Elle se traduit par les signes suivants : vomissements, diarrhée, inappétence et troubles nerveux. Le diagnostic en est donc difficile. Pour SAUER, l'analyse précoce des urines permet seule le diagnostic ; cette affection est due au colibacille et la contamination se ferait par voie sanguine.

**Traitement.** — ROYSTER préconise les lavages des reins par ingestion d'eau naturelle. SAUER prescrit l'usage des diurétiques et des alcalins, mais LOWENBURG pense que les alcalins à hautes doses sont seuls efficaces.

### BIBLIOGRAPHIE.

GALLO. L'hydrocèle du nourrisson. (*Pediatrica*. Naples, 15 déc. 1925.) — MARTINEZ-ZUVIRIA. Suppuration des voies urinaires chez le nourrisson. (*Arch. Lat. Amer. Ped.*, août 1925.) — LOWENBURG. Pyélite du nouveau-né. (*J. A. M. A.*, 1925, p. 327.) — MERKLEN, WOLF et OBERLING. Néphrites simultanées chez la mère et l'enfant et diabète congénital. (*Bul. Acad. Méd.*, 15 janv. 1925.) — ROYSTER. Pyélite du nouveau-né. (*J. A. M. A.*, 1925.) — SAUER. Pyélite du nouveau-né. (*J. A. M. A.*, 1925, p. 327.)

## III. — AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

ANDERSON. Traitement de la tétanie infantile. (*Glasgow Med. J.*, mars 1925.) — LESNÉ et TURPIN. Les caractères cliniques et le traitement de la tétanie infantile. (*Nourrisson*, nov. 1925.) — PASQUET. Les injections intraveineuses de chlorure de calcium dans le traitement de la tétanie. (*Th. Paris*, 1925.) — POWERS. La tétanie comme cause de convulsions chez les très jeunes enfants. (*J. A. M. A.*, 20 juin 1925.) — SEGUIN. La paralysie infantile. (*Th. Paris*, 1925.) — TURPIN. La tétanie infantile. Recherches cliniques et expérimentales. (*Th. Paris*, 1925.)

## IV. — AFFECTIONS PULMONAIRES

BURGHARD. Pneumonie du nourrisson. (*Arch. Kind. Stuggart*, 20 mars 1925.) — CAS-SOUTTE. Les congestions pulmonaires et les pneumonies silencieuses dans la première enfance. (*Sud méd. chir.*, 15 fév. 1925.) — DERCHEU. Étude sur quelques cas

d'abcès du poumon chez les nourrissons. (*Th. Paris*, 1925.) — JOHNSON et MEYER. Études sur la pneumonie du nouveau-né. (*A. J. O. G.*, fév. 1925, p. 151.) — KENZIE. Stridor laryngé congénital avec dysphagie. (*J. Laryn. otol. Edinburg*, mai 1925.) — LEREBoullet, CATHALA et LELONG. Un cas de pneumothorax spontané non tuberculeux chez un nourrisson. (*Soc. Pédiatrie*, 20 janv. 1925.) — MARFAN VALLÉRY-RADOT et DEBRAY. Contribution à l'étude des stridors chroniques de la première enfance. (*Nourrisson*, janv. 1925.) — RIBADEAU-DUMAS et LACOMME. Les causes des broncho-pneumonies prolongées chez les nourrissons et les conclusions thérapeutiques qui en découlent. (*Sem. Hôp. Paris*, 13 mars 1925.)

## V. — TUBERCULOSE

BALSTER. L'influence de l'infection tuberculeuse sur la croissance de l'enfant. (*Zeit. für Tuberk.*, 6 fév. 1925.) — BERNARD, DEBRÉ et LELONG. Prophylaxie anti-tuberculeuse chez le nourrisson. (*Acad. Méd.*, 17 mars 1925.) — DEBRÉ et LELONG. Différents aspects de l'hérédité tuberculeuse. L'enfant issu de parents tuberculeux séparé avant la contamination : la mortalité. (*Ann. méd.*, mars-octobre 1925.) — DUFOUR et SÉDAILLAN. La spleno-pneumonie prolongée tuberculeuse curable du nourrisson. (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 10 mars 1925.) — GARDERE et SCHÆN. Tuberculose pulmonaire du nourrisson chancre d'inoculation. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 17 nov. 1925.) — GHON, KUDLICH et WINTERITZ. Anatomie et pathogénie de la tuberculose chez le nourrisson. (*Zeit. für Tuberk.*, 1<sup>er</sup> mars 1925.) — HELLMANN. Les éléments du pronostic de la tuberculose du premier âge d'après 100 observations de consultations de nourrissons. (*Th. Paris*, 1925.) — LEMAIRE. Les éléments du pronostic de la tuberculose du premier âge. (*Nourrisson*, janv. 1925.) — MOURIQUAND et JOSSE-RAND. Très volumineuse adénopathie cervicale chez deux nourrissons : granulie. (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 1<sup>er</sup> déc. 1925.) — VAN BENEDEN. La vaccination anti-tuberculeuse des nouveau-nés. (*R. Belge Tuberculose*, janv. 1925.) — WOMACK. Tuberculose du nourrisson. (*New-Orleans med. surg. J.*, janv. 1925, p. 278.)

## VI. — L'ICTÈRE DU NOUVEAU-NÉ

A la suite de recherches sur le sang du cordon ombilical au moment de sa section et sur le sang, les urines et les matières du nouveau-né ictérique, HALLEZ pense que l'ictère, dit idiopathique, du nouveau-né n'est ni hématogène, ni hépatique.

L'hypercholémie physiologique du nouveau-né est déjà un « ictère latent » ; une hémolyse exagérée ou une insuffisance hépatique passagère peuvent l'accroître. L'ictère devrait donc être considéré comme un « ictère mixte » par polycholie pigmentaire.

SLOBOSIANO et HERSCOVICI en étudiant l'ictère physiologique concluent qu'il serait dû à un excès de bilirubine et à l'impossibilité pour le foie d'excréter cette quantité anormale. Il n'y aurait pas de rapport entre l'intensité de l'ictère et la bilirubinémie, exception faite pour les cas extrêmes. L'ictère serait de plus courte durée quand on exciterait la fonction excrétrice du foie par un stimulant de la cellule hépatique.

#### BIBLIOGRAPHIE.

ACOSTA-SISON. Hémorragie ombilicale accompagnée d'ictère grave. (*J. A. M. A.*, 17 oct. 1925.) — HALLEZ. Nouvelles recherches sur l'ictère simple du nouveau-né. (*Le Nourrisson*, sept. 1925.) — HART. Ictère grave familial du nouveau-né. (*Canadian med. Ass. J.*, oct. 1925.) — HILGENBERG. Contribution à l'étude de l'ictère grave du nouveau-né. (*Monat. Geb. gyn.*, sept. 1925.) — HORNING. Étude de la question de l'ictère des nouveau-nés. (*Z. f. G.*, 19 sept. 1925.) — SLOBOSIANO et HERSCOVICI. Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement de l'ictère du nouveau-né. (*Nourrisson*, nov. 1925.) — SLOBOZIANO. Traitement de la jaunisse du nouveau-né. (*Arch. für Kind.*, 31 déc. 1925.)

### VII. — AFFECTIONS INTESTINALES

HÖGLER a réuni 59 cas de melæna du nouveau-né. A l'autopsie il a trouvé des lésions diverses depuis l'ulcère authentique jusqu'à l'intégrité complète de la muqueuse digestive, l'hémorragie ayant lieu dans ces cas par diapédèse. Cette affection serait due, pour les uns, à une lésion de la paroi des vaisseaux par des toxines microbiennes, pour les autres, à une thrombose bactérienne. HÖGLER fait une différence entre certaines septicémies à forme hémorragique et le melæna vrai. Il cite les recherches sur le melæna occulte du nouveau-né par RAISZ qui a trouvé une réaction positive dans 64 pour 100 des cas et pense qu'entre les hémorragies occultes et le melæna vrai, il n'y aurait qu'une différence de quantité. HÖGLER a repris ces recherches et a trouvé le melæna occulte dans 50 pour 100 des selles de nouveau-nés normaux. Il en discute la pathogénie et propose comme traitement les injections de gélatine ou de sérum de cheval ; l'irradiation de la région splénique, dans un cas, lui a donné plein succès.

WIELOCH rapporte un cas d'un enfant qui mourut, avec des symp-

tômes de melæna, neuf jours après sa naissance. L'autopsie montra une infection ombilicale qui avait entraîné une thrombose de la veine ombilicale et de la veine porte.

## BIBLIOGRAPHIE.

## I. INVAGINATION INTESTINALE.

LIBAULT DE LA CHEVASNERIE. Contribution à l'étude de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. (*Th. Paris*, 1925.) — LOCHMANN. Un cas d'invagination chez le nouveau-né. (*Z. f. G.*, 28 nov. 1925.) — MÉTIVET. L'invagination intestinale aiguë dans le jeune âge et dans l'enfance. (*Prat. méd. fr.*, juin 1925.) — SUELLMAN. Cas d'invagination intestinale traités à l'hôpital Sainte-Marie d'Helsingfors. (*Finska lakar. Handl.*, août 1925.)

## II. MELÆNA.

BUCKINGHAM. Melæna par infection transplacentaire. (*China. med. J.*, déc. 1925.) — H. HÖGLER. Pathogénie du melæna des nouveau-nés. (*Wien. Klin. Woch.*, 26 sept. 1925.) — MORRISON JANETTE C. Melæna du nouveau-né traité au moyen d'injection de sang paternel. (*Brit. med. J.*, 1925.) — PERALTA RAMOS et PEREY. La transfusion du sang citraté dans le melæna du nouveau-né. (*Prensa med. Argentina*, 30 mars 1925.) — PURCHAS. Melaena du nouveau-né. (*Med. J. Australia*, 28 fév. 1925.) — A. SAINT-PIERRE. Hémorragies du tube digestif chez le nouveau-né. Considérations étiologiques, clinique, thérapeutique. (*Th. Paris*, 1925.) — SALAVERT. A propos des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né et de leur traitement par la transfusion sanguine. (*Th. Montpellier*, 1924-1925.) — WIELOCH. Pathogénie du melæna du nouveau-né. (*Monat. geb. gyn.*, sept. 1925.)

## III. AFFECTIONS DIGESTIVES DIVERSES.

BARBIER. Anorexie du nourrisson traitée par le gavage. (*Soc. Pédiat.*, 17 fév. 1925.) — BURGHI. Contribution à l'étude de l'étiologie des perturbations digestives du nourrisson. (*Soc. Pédiat.*, 17 mars 1925.) — GIRBAL. Étude du rôle du chlorure de sodium dans l'atrésie et les diarrhées infantiles. (*Th. Montpellier*, 1924-1925.) — RIBADEAU-DUMAS et FOUET. Une mesure prophylactique contre le choléra. (*Bul. Soc. Méd. Hôp.*, 10 juillet 1925.) — DA SILVA CORREIA. Présence du tænia chez un enfant de 2 mois. (*C. R. Soc. Biol.*, 6 nov. 1925.)

## VIII. — AFFECTIONS SANGUINES

DELMAS et ROUME. Un cas d'hémopéritoine du nouveau-né. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 253.) — DÉVÉ. Quelques manifestations hémorragiques du nouveau-né et sérum sérique anti-hémorragique de Dufour. (*Bul. S. O. G.*, 1925, p. 23.) — GALBRAITH et LEWIS. Maladie hémorragique du nouveau-né. (*Med. J. Australia*, 2 mai 1925.)

— HIPSLEY. Hématome rétro-péritonéal chez un nouveau-né atteint de maladie hémorragique. (*Med. J. Australia*, 14 fév. 1925.) — ROYSTER. Maladie hémorragique du nouveau-né. (*Virginica med. Month.*, fév. 1925.) — TRIFONOFF. Purpura de la première enfance. (*Th. Paris*, 1925.)

## IX. — LA SYPHILIS DU NOURRISSON

Pour KOLMER, dans 90 pour 100 des cas l'infection vient de la mère, le spirochète traversant le placenta ; le filtre placentaire faisant exception pour le spirochète. C'est au cours de période spirochétémique que le fœtus est infecté ; en période de latence, le fœtus peut naître sain. En cas où la femme est contaminée après la conception, plus la contamination est tardive, plus l'œuf a de chances d'être viable. Au 8<sup>e</sup> mois, la syphilis congénitale est écartée, seule la contamination peut se faire au passage du canal génital.

BONNET a observé un nouveau-né qui a présenté un mois après sa naissance un chancre du cuir chevelu, pendant qu'apparaissaient des accidents secondaires chez la mère. L'auteur pense qu'il s'agit d'un cas rare où la femme contamina son enfant pendant l'accouchement ; pour que cela soit possible, il faut que l'accouchement ait lieu pendant les 10 premiers jours du chancre, l'organisme maternel n'est pas encore envahi et l'enfant naît sain.

La mère et l'enfant peuvent avoir des réactions sérologiques inverses, le fait de constater une réaction positive chez l'enfant avec une réaction négative chez la mère indique, pour DEXEUS-FONT, la nécessité de reprendre l'étude du problème de la syphilis paternelle.

LEMAIRE et LEVY insistent sur la nécessité de traiter les enfants issus de parents syphilitiques congénitaux.

## BIBLIOGRAPHIE.

BONNET. Contagion syphilitique au passage. (*Lyon méd.*, 19 avril 1925.) — BERRO. Diagnostic précoce de la syphilis congénitale. (*Ann. Fac. méd. Montevideo*, déc. 1925.) — BELGRANO. Éruption scarlatiniforme par syphilis héréditaire. (*Prens. med. Argentina*, 10 mai 1925.) — CARRERA. Étude clinique de l'hérédo-syphilis. (*Prensa med. Argentina*, 30 avril 1925.) — DAYRAS. La transmission de la syphilis héréditaire. (*Th. Paris*, 1925.) — DEXEUS-FONT. Les relations de la syphilis et de l'obstétrique. (*Revista med. Barcelona*, mars 1925.) — EPSTEIN. De l'influence de

la syphilis congénitale sur l'évolution de la tuberculose du nourrisson. (*Meatz. Klinik.*, 11 sept. 1925.) — FERRIÈRE. Le traitement de l'héredo-syphilis chez l'enfant dans les consultations externes à l'hôpital. (*Th. Paris*, 1925.) — FLAMINI. Le traitement de la syphilis héréditaire avec un nouveau composé arsénical. (*Clin. Pediatrica*, janv. 1925.) — GÖSTA EKEHORN. Syphilis fœtale. (*Acta med. Scand.*, 1925.) — KOLMER. Le mécanisme de l'immunité et de l'infection dans la syphilis congénitale. (*Atlant. med. J.*, août 1925.) — LEMAIRE et LÉVY. Les enseignements de la réaction de B. W. au point de vue de la prophylaxie de l'héredo-syphilis. (*Paris-méd.*, 10 janv. 1925.) — MADON. Le traitement de la syphilis congénitale de l'enfance. *Mercur.* (*Prat. Pédiat.*, janv. 1925.) — MILIAN. Traitement préventif de la syphilis héréditaire. (*Pres. méd.*, 21 oct. 1925, p. 1396.) — MOURIQUAND, BERTOYE et CHARLEUX. Spasmophilie et héredo-syphilis. (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 10 mars 1925.) — NOBÉCOURT et LÉVI. Hypotrophies de la première enfance et syphilis congénitale. (*J. méd. Paris*, 19 déc. 1925.) — NURNBERGER. Le sort futur d'un enfant de mère syphilitique. (*N. W. deut. ges. gyn. Hambourg*, 17 nov. 1925.) — PAGÉ. Hydrocéphalie congénitale et syphilis héréditaire. Traitement par les arsénicaux. (*Th. Paris*, 1925.) — PAUCOT. La fréquence de l'héredo-syphilis dans les milieux sociaux. (*J. méd. Paris*, 19 déc. 1925.) — PÉHU. Brèves considérations sur les diverses étapes de syphilis congénitale. (*J. méd. Lyon*, 20 fév. 1925.) — PÉHU et ENSELME. Nouvelle contribution de l'étude de la syphilis osseuse dans la première enfance. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 13 janv. 1925.) — PICCARDI. Syphilis congénitale d'origine exclusivement paternelle. (*Minerva méd.*, 20 juillet 1925.) — PIERRON. Prophylaxie de l'hérédité syphilitique. (*Th. Nancy*, 1925.) — M. PINARD. Traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson et de la première enfance. (*Pres. méd.*, 17 oct. 1925, p. 1379.) — SCHREIBER. Le traitement actuel de la syphilis congénitale. (*Clinique*, janv. 1925.) — SPARACIO. L'hydrocèle syphilitique des nouveau-nés. (*Riforma med.*, mai 1925.) — DE TONI. Syphilis de troisième génération. (*Clinica Pediatrica*, mai 1925.) — YEAKEL. Syphilis du nouveau-né. (*Oklahoma med. Ass. J.*, mars 1925.)

## X. — INFECTIONS ET INTOXICATIONS

ALONI. A propos des méningites otitiques latentes des nourrissons. (*Soc. Nat. méd. Sc. méd. Lyon*, 21 mai 1925.) — BENOITE-PILLOIRE. Arthrites suppurées aiguës de la hanche chez le nourrisson. (*Th. Paris*, 1925.) — BROWN. 1° Traitement des septicémies et intoxications chez les nourrissons par l'exsanguination-transfusion. (*Illinois med. J.*, nov. 1925.) — 2° Traitement des septicémies chez les nourrissons. (*Wisconsin med. J.*, mai 1925.) — CAZAL et CADENAT. Ostéomyélite à streptocoques du tibia chez un nourrisson. (*Soc. méd. chir. Toulouse*, 1<sup>er</sup> avril 1925.) — DEBRÉ, JOANNON et MARIANI. La rougeole congénitale. (*Nourrisson*, juillet 1925.) — DEBRÉ, et SEMELAIGNE. Méningo-épendymite subaiguë à streptocoques chez un nourrisson. (*Soc. Pédiatrie*, 16 juin 1925.) — FRAMM. Rhinite primitive gonococcique chez un nouveau-né. (*Deut. med. Woch.*, mars 1925.) — FRELICH. Les arthrites aiguës des nourrissons. (*Paris-méd.*, 18 juillet 1925.) — GARNIER. La méningo épendymite strep-

tooccique du nourrisson. (*Th. Paris*, 1925.) — GINEPRO. Anthrax chez un nouveau-né. (*Rev. Soc. Arg. Nipiol. Ped.*, nov. 1925.) — GINGOLD et WEXLER. La fièvre paratyphoïde chez le nourrisson. (*Amer. J. Dis. Child.*, avril 1925.) — GREENWALD et ELIASBERG. Péritonite typhique du nourrisson sans perforation. (*Amer. J. Dis. Child.*, mars 1925.) — HALLÉ. Quelques formes de la grippe chez les nourrissons. (*Soc. Pédiatrie*, 3 mars 1925.) — MALLARDI. La typhoïde chez les nourrissons. (*Pediatrica*, 15 avril 1925.) — MARFAN. De la sueur et des éruptions sudorales du nourrisson. (*Pres. méd.*, 3 oct. 1925.) — MARIANI. La rougeole congénitale et la rougeole des premiers mois de la vie. (*Th. Paris*, 1925.) — MOURIQUAND, BERTOYE et CHARLEUX. La forme méningée de la fièvre typhoïde du nourrisson. (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 3 fév. 1925.) — NASSO. Considérations sur dix-huit cas de tétanos des nouveau-nés. (*Rinasc. méd.*, 1<sup>er</sup> déc. 1925.) — PETIT. Ostéites du maxillaire supérieur chez les nourrissons. (*Soc. des chir. Paris*, 27 fév. 1925.) — PRITCHARD. Rhumatisme chez le nourrisson. (*Med. J. Record.*, 15 avril 1925.) — RASCOL et THOMAS. Péricardite chez un nouveau-né. (*Bul. S. O. G.*, n° 6, 1925.) — VESSELLE. L'otite du nourrisson. (*Th. Paris*, 1925.) — VOUDOURIS. Un cas de tétanos du nouveau-né. (*Soc. Pédiatrie*, 21 avril 1925.)

## XI. — AFFECTIONS DES GLANDES ENDOCRINES

ABEL et BRENAS. Méningococcie foudroyante chez un nourrisson de 5 semaines. — Hémorragie des capsules surrénales. (*Soc. méd. Nancy*, 21 janv. 1925.) — COMMANDEUR et PUIG. Un cas d'hypertrophie thymique chez le nouveau-né. (*Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.) — GRIER. Elargissement du thymus. (*Atlant. med. J.*, mai 1925.) — SCHIPPERS. Le diabète chez le nourrisson. (*Nederl. Tydsch. Gen.*, 16 mai 1925.)

## XII. — LA GANGRÈNE

CRIAUD. Étude d'un cas de syndrome de Raynaud aigu et mortel associé à l'érythromélalgie chez le nourrisson. (*Th. Paris*, 1925.) — WING. Un cas de gangrène du cæcum chez un nourrisson. (*Amer. Ass. obst. gyn. Abd. Surg.*, 16 sept. 1925.)

## XIII. — TRANSFUSION CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

BARBARO donne les détails techniques de la transfusion du sang chez le nouveau-né et en indique les principales applications : hémorragies, infections, intoxications, débilité.

## BIBLIOGRAPHIE.

ALABASTER. Méthode simple de transfusion sanguine chez le nourrisson. (*Brit. med. J.*, 7 fév. 1925.) — BARBARO. Transfusion sanguine chez le nouveau-né. (*G. O.*, fév. 1925, p. 119.) — BECK. 1° Innovations dans l'appareillage de la transfusion sanguine. (*Z. f. G.*, 17 janv. 1925.) — 2° Technique de la transfusion directe. (*Z. f. G.*, fév. 1925, p. 348.) — CHARBONNIER. Les hémorragies du nouveau-né, traitement par transfusion du sang. (*Th. Lyon*, 1925.) — DEBRAY. La transfusion du sang chez le nourrisson. (*Nourrisson*, mai 1925.) — FAVREAU. Transfusion du sang dans un cas de septicémie du nouveau-né avec hémorragies gastro-intestinales graves. (*Soc. méd. chir. Bordeaux*, 2 janv. 1925.) — GUÉNIOT et SÉGUY. Essais de transfusion du sang chez les prématurés débiles. (*G. O.*, fév. 1925, p. 111.)

## XIV. — AFFECTIONS DIVERSES DU NOUVEAU-NÉ

CAMPOS. Kératite bilatérale du nourrisson. (*Brasil med.*, 12 sept. 1925.) — EVRAIN. Contribution à l'étude clinique de troubles angio-neurotiques chez le nourrisson. (*Th. Paris*, 1925.) — GINESTOUS. Ophtalmie purulente. (*Soc. méd. chir. Bordeaux*, 1<sup>er</sup> oct. 1925.) — GOORMACHTICH et VAN CAUWENBERGHE. Œdème congénital généralisé du nouveau-né. (*Bruxelles méd.*, 18 janv. 1925.) — HEUSLER. Eléphantiasis congénital non héréditaire. (*Z. f. G.*, 29 août 1925.) — HIGUEL. Un cas mortel d'otite latente du nourrisson. (*Soc. clin. Hôp. Bruxelles*, 18 avril 1925.) — JACOB. Traitement du nævus vasculaire du nouveau-né par le radium. (*Med. J. Rec. New-York*, 15 avril 1925.) — KEY. Opacité zonulaire de la cornée congénitale. (*Amer. J. opht.* Chicago, fév. 1925.) — OFFRET. Nouveau traitement de l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né : emploi local du sérum antigonococcique. (*Soc. méd. Paris*, 31 oct. 1925.) — RENARD. Les hémorragies méningées par pachyméningite hémorragique chez le nourrisson. (*Th. Paris*, 1925.) — K. WALTNER. Œdème temporaire chez le nouveau-né et le prématuré. (*Z. f. G.*, 12 sept 1925, p. 2073.)

---

## *DIXIÈME PARTIE*

# OBSTÉTRIQUE LÉGALE ET SOCIALE

COUVELAIRE estime que le traitement préventif de la syphilis congénitale est le traitement intensif et prolongé de la syphilis au début de son évolution chez les futurs procréateurs ; si ce traitement n'a pu être fait, pendant la gestation, il est de toute nécessité. Mais après la naissance, il devra être continué longtemps chez l'enfant.

LAURENT présente les résultats qu'il a obtenus en quatre années de lutte antisyphilitique à la maternité de Saint-Étienne, en s'inspirant de ce qu'a réalisé COUVELAIRE à la clinique Baudelocque. 66 femmes syphilitiques avaient eu, avant le traitement, dans leurs antécédents, 27 enfants vivants, 8 débiles, 41 mort-nés, 23 macérés et 44 fausses couches. Ces mêmes femmes, après traitement intraveineux de novarsénobenzol, eurent 70 enfants vivants, 4 mort-nés et pas de fausses couches. LE LORIER et GALLIOT donnent des résultats comparables, obtenus pendant l'année 1924 au dispensaire antisyphilitique de la maternité de Boucicaut.

Si la lutte contre la syphilis se développe, celle contre la tuberculose s'accroît également. LÉON BERNARD, DEBRÉ et LELONG donnent les résultats obtenus pendant cinq années en appliquant la méthode de séparation des nouveau-nés d'avec leurs parents tuberculeux. Sur 265 enfants séparés de leurs parents dès leur naissance, un seul a présenté ultérieurement une cutiréaction positive ; aucun n'est mort de tuberculose ; la mortalité a été de 6 pour 100. Sur 175 enfants séparés après un certain temps de contamination familiale la mortalité a été de 7,6 pour 100. Enfin sur 66 enfants demeurés avec leurs parents, la mortalité a été de 82 pour 100.

## BIBLIOGRAPHIE.

- ANTONOW. Le système domiciliaire des nourrissons à Pétrograd. (*J. méd. Paris*, 14 fév. 1925.) — BARD. Protection prénatale et surveillance de la maternité. (*Prensa mea. Argentina*, 20 oct. 1925.) — BARENTON. Hygiène et préservation de la première enfance à Rennes. (*Th. Montpellier*, 1925.) — BARROS BARRETO. Le secret médical devant le crime de l'avortement. (*Arch. Brasil. med.*, avril 1925.) — D. BELDING. La recherche de la syphilis dans les cliniques prénatales. (*A. J. O. G.*, fév. 1925.) — L. BERNARD, DEBRÉ et LELONG. Prophylaxie anti-tuberculeuse chez le nourrisson. (*Acad. méd.*, 17 mars 1925.) — BÉZY. L'Institut de puériculture de Toulouse. (*Soc. méd. chir. Toulouse*, 11 fév. 1925.) — COUVELAIRE. 1° Du rôle des consultations prénatales dans la lutte contre la mortalité infantile. (*Vers la santé*, fév. 1925.) — 2° Traitement préventif de la syphilis congénitale. (*Pres. méd.*, oct. 1925, p. 1398.) — ARMAND-DELILLE. L'œuvre Grancher et le placement familial. (*Nourrisson*, mars 1925.) — DUCAS. Mortalité des enfants assistés de 0 à 6 mois. (*Th. Nancy*, 1925.) — GALLOT. Contribution au traitement de la syphilis dans les maternités. (*Th. Paris*, 1925.) — GAROPHALIDÈS. Contribution à l'étude des consultations de nourrissons : clinique Tarnier. 1924-1925. (*Th. Paris*, 1925.) — GUICHEMANS. Fonctionnement de la clinique obstétricale en 1924. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — LARRIEU. Les œuvres bordelaises de protection de la femme enceinte et de l'enfant avant sa naissance. (*Th. Bordeaux*, 1924-1925.) — LAWRENCE CAFFREY. Prolongation et diminution de la période de gestation au point de vue médical et médico-légal. (*A. J. O. G.*, juillet 1925.) — LEPLAT. Le rôle de la consultation prénatale dans la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. (*Th. Lille*, 1924-1925.) — LAURENT. Bilan de quatre années de lutte antisiphilitique dans une maternité. (*Pres. méd.*, oct. 1925, p. 1399.) — LE LORIER et GALLIOT. Fonctionnement du dispensaire antisiphilitique de la maternité de l'hôpital Boucicaut. (*Bul. S. O. G.*, 12 janv. 1925.) — MURCHY. Mortalité maternelle au Canada. (*Public Health F. Toronto*, sept. 1925.) — NOBÉCOURT et MAILLET. Le centre d'hygiène infantile. (*Soc. Pédiatrie*, 17 mars 1925.) — PAZ. Inspection médicale des enfants allaités au sein. (*Rev. Soc. Arg. Niprol. Ped.*, nov. 1925.) — PRZIEMSKY. L'interprétation médico-légale des fractures du crâne chez le nouveau-né. (*Th. Bordeaux*, 1925.) — ROBIN. Etude médico-légale des accouchements par surprise. (*Th. Lyon*, 1925.) — SEDAN. Projet d'une organisation méthodique de la protection de l'enfance à Marseille. (*Th. Montpellier*, 1925-1926.) — SOUVESTRE. Fonctionnement du pavillon d'allaitement de l'école de puériculture. (*Th. Paris*, 1925.) — TATE. Le contrôle de la naissance, attitude du médecin. (*Ohio med. J.*, 1<sup>er</sup> avril 1925, p. 245.) — TOTTENHAM. La mortalité maternelle aux États-Unis. (*Irish. J. med. Sc.*, nov. 1925.) — TRENEL. Secret médical et secret administratif à propos d'un accouchement clandestin dans un asile d'aliénés. (*Soc. méd. légale Fr.*, 12 janv. 1925.)
-

## ONZIÈME PARTIE

# HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE ET ÉVOLUTION DE L'OBSTÉTRIQUE

DÖDERLEIN. L'ancien et le nouveau en obstétrique opératoire. (*Deut. Med. Wochens.*, 4 sept. 1925, p. 1471.) — GALL. Contribution à l'histoire de la césarienne. (*G. O.*, janv. 1925, p. 24.) — KUPFERBERG. Questions obstétricales courantes. (Leipzig, 1925. *C. R. in Z. f. G.*, 23 janv. 1926.) — MILLER. Impressions recueillies au cours d'une visite des cliniques obstétricales et gynécologiques du Canada et des États-Unis. (*Edimburg med. J.*, déc. 1925.) — RIVIÈRE. Réflexions sur la chirurgie obstétricale. (*Sud méd. et chir.*, 15 avril 1925.)

---

## CONCLUSIONS

Après avoir extrait des nombreuses publications françaises et étrangères les principaux travaux relatifs aux nouveautés obstétricales, nous avons rassemblé dans cette étude les tendances des divers auteurs au cours de l'année 1925.

Nous espérons que ce travail pourra rendre aux travailleurs de langue française des services comparables à ceux que les mêmes revues générales étrangères rendent dans les divers pays où elles sont publiées.

Vu :

Le président de la thèse,  
COUVELAIRE.

Vu :

Le Doyen,  
G.-H. ROGER.

Vu ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,  
CHARLETY.



